

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA FERMETURE PRIMITIVE CHIRURGIE HABITUELLE DU CHOLEDOQUE

Technique du Docteur Louis BARRAYA

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 19 JUILLET 1956

par

Christian SASSO - GOURDON

Né le 27 juin 1924 à PÉRONNE (Somme)

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier

Interne des Hôpitaux de Nice

pour obtenir le grade de « DOCTEUR EN MÉDECINE »

Examineurs de Thèse

MM. les Professeurs :

ROUX, *Président*

TRUC, *Assesseur*

ROMIEU, *Agrégé*

MARCHAL, *Agrégé*

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA FERMETURE PRIMITIVE
CHIRURGIE HABITUELLE DU CHOLEDOQUE
Technique du Docteur Louis BARRAYA

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 19 JUILLET 1956

par

Christian SASSO-GOURDON

Né le 27 juin 1924 à PÉRONNE (Somme)

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier

Interne des Hôpitaux de Nice

pour obtenir le grade de « DOCTEUR EN MÉDECINE »

Examineurs de Thèse

MM. les Professeurs :

ROUX, *Président*

TRUC, *Assesseur*

* ROMIEU, *Agrégé*

MARCHAL, *Agrégé*



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. GALAVIELLE, VILLARD, GRYNFELT, L. RIMBAUD, BOUDET,
EUZIÈRE, *doyen honoraire*, J. DELMAS, MARGAROT.

PROFESSEURS

Chaires :

Anatomie	MM. LAUX.
Histologie	TURCHINI, <i>assesseur</i> .
Physiologie	HÉDON.
Physiologie appliquée	LOUBATIÈRES.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	CARRÈRE.
Hist. naturelle méd., parasitol. et méd. exotique..	HARANT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGÈS.
Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	BERT.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	FOURCADE.
Technique opératoire et chirurgie expérimentale..	LAPEYRIE.
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales	MOURGUE-MOLINES
Pathologie et clinique propédeutique médicales...	PUECH.
Clinique médicale	GIRAUD, <i>doyen</i> .
—	BOULET.
Clinique chirurgicale	LAPEYRE.
—	AIMES.
Clinique obstétricale	CADERAS DE KERLEAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	LAFON.
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge..	CHAPTAL.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	P. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ETIENNE.
Clinique urologique	TRUC.
Clinique gynécologique	ROUX.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale..	TERRACOL.
Clinique de la tuberculose	VIDAL.
Electro-radiologie	LAMARQUE.

PROFESSORAT A TITRE PERSONNEL

Histologie	GRANEL.
------------------	---------

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Pathologie médicale	BOUCOMONT.
Chimie et physico-chimie biologiques	BÉNÉZECH.
Hématologie médicale et anatomie pathologique..	CAZAL.

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie.....	GUERRIER, <i>m. de c. agr.</i>	Chirurgie.....	JOYEUX, <i>agr.</i>
Physiologie....	MACABIES, <i>m. de c. agr.</i>	—	NÈGRE, <i>agr.</i>
Bactériologie..	ROUX, <i>m. de c. agr.</i>	—	RÔMIEU, <i>agr.</i>
Parasitologie..	RIOUX, <i>m. de c. agr.</i>	—	MARCHAL, <i>agr.</i>
Pathol. expér..	PASSOUANT, <i>m. de c. agr.</i>	Obstétrique....	DURAND, <i>agr.</i>
Médecine.....	SERRE, <i>agr.</i>	Pédiatrie et	
—	BALMÈS, <i>agr.</i>	Puériculture...	JEAN, <i>agr.</i>
—	BERTRAND, <i>agr.</i>	Ophtalmologie.	VIALLEFONT <i>agr.</i>
—	LATOUR, <i>agr.</i>	Neuro-chirurgie	GROS, <i>agr.</i>
—	MIROUZE, <i>agr.</i>	Electro-radiol..	BÉTOULIÈRES, <i>agr.</i>
		Odonto-stomat.	N...,

CHARGÉ DE COURS A TITRE PERMANENT

Obstétrique	COLL DE CARRERA, <i>agréé libre.</i>
-------------------	---

ENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc.).

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE,

en gage de profonde affection.

A MA TANTE et A MON ONCLE, MES PARENTS ADOPTIFS,

à qui je dois tant. Je ne pourrai jamais assez leur témoigner
ma grande reconnaissance et mon indéfectible affection.

A CEUX QUE J'AIME.

A MES CAMARADES D'INTERNAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur G. ROUX.

En témoignage de mon respect et de ma gratitude pour
l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider cette Thèse.

A MON JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur E. TRUC,

qui a su avec bienveillance m'initier à l'Urologie.
Qu'il veuille bien accepter l'expression de mes remerciements
et de ma grande estime.

Monsieur le Professeur Agrégé ROMIEU.

Monsieur le Professeur Agrégé MARCHAL.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Louis Barraya,

qui m'a inspiré le sujet de cette Thèse. J'estime lui devoir
le meilleur de ma formation chirurgicale.

Je lui exprime ici ma profonde reconnaissance, mon admiration sincère, et mon respectueux attachement.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NICE

Monsieur le Docteur P. MARIAU,

en témoignage de remerciements pour son précieux enseignement théorique et pratique.

Monsieur le Docteur D. MINICONI.

Sa science de l'anesthésie et de la réanimation a contribué amplement au succès de notre technique. Qu'il trouve ici nos très vifs remerciements et l'assurance de nos sentiments cordiaux.

Monsieur le Docteur J.-P. GRINDA.

Qu'il soit assuré de mon attachement et de ma gratitude pour la bienveillance qu'il m'a si souvent accordée.

Monsieur le Docteur L. GAILLARD.

Monsieur le Docteur F. GASIGLIA.

Monsieur le Docteur M. NICOLAS.

Monsieur le Docteur P.-P. PRAT.

Mes vifs remerciements pour ce qu'ils m'ont appris.

INTRODUCTION

La chirurgie des voies biliaires est encore en pleine évolution.

L'étude des résultats éloignés, des techniques employées il y a dix ans et plus, a montré l'imperfection des résultats. La cholun-giographie, les réinterventions, l'expérimentation animale ont montré que bien des troubles observés étaient dus à l'imperfection de l'acte opératoire dans ses deux parties essentielles : d'abord l'exploration, ensuite l'acte technique qui en découle. Une multitude de travaux paraissent à chaque instant envisageant la question apparemment sous des angles très différents. C'est qu'il s'agit d'une physiopathologie particulièrement complexe. Les situations devant lesquelles le chirurgien se trouve, se multiplient à l'infini. Peu d'organes présentent à l'explorateur une telle variété de lésions si on tente de les envisager à l'échelle même de leur finesse morphologique et physiologique.

Peu à peu l'édifice se constitue, des syndromes qui l'individualisent plus nettement se distinguent, auxquels correspondent des traitements chirurgicaux plus précis. Tout n'est pas achevé.

Un dogme a dominé toute la chirurgie cholédocienne dès ses débuts : celui du drainage opératoire après désobstruction des voies biliaires. Depuis 1943, au fur et à mesure des perfectionnements de la technique, un mouvement se dessine dans le sens de la chirurgie primitive des canaux biliaires. Cette chirurgie dite idéale, débarrassée des servitudes du drainage et des incertitudes de la cicatrisation par deuxième intention est certainement souhaitable. Est-elle toujours possible ? Certainement pas à l'heure actuelle. Cependant nous pouvons rapporter 65 cas de chirurgie cholédocienne terminés par la fermeture primitive depuis 1951 (un cas en 1948). Nous avons pu suivre cette tactique de façon définie. Sans vouloir juger du problème des indications relatives aux anastomoses, et aux autres façons de terminer une intervention cholédocienne, nous désirons simplement rapporter, sur le plan technique pur, la totalité des cas opérés par le même chirurgien et les réflexions qui nous ont été suggérées.

AVANT-PROPOS

Les progrès enregistrés chaque jour dans les différentes branches de la chirurgie, tendent vers des suites opératoires de plus en plus simples et idéales. La chirurgie des voies biliaires et, en particulier, du cholédoque, n'échappe pas à cet élan vers la perfection.

Il y a 248 ans, Michel Ettmuller s'intéressait le premier à la pathologie biliaire et décrivait l'ictère par calcul du cholédoque.

Bien plus tard, à la fin du siècle dernier, les premières tentatives chirurgicales sur le cholédoque furent faites. En 1882, Marcy l'explore, bientôt suivi par Langenbuch et Kummel. En 1889, se situe le premier succès d'ablation chirurgicale d'un calcul du cholédoque par Knowley et Thornton. En 1891, Mac Burney pratique la première exploration transduodénale. En 1892, Robert Abbe opère 4 calculs du cholédoque avec succès, et termine ses interventions en drainant celui-ci par un petit tube. Un peu plus tard, Kerr imposa ce drainage systématique après toutes ouvertures du cholédoque.

Il faut encore citer les travaux d'Eiselberg, Watzel et P. Duval. Enfin, l'élan actuel de cette passionnante chirurgie des voies biliaires est donné par les travaux récents d'A. Gosset, Cole, Cattel, Chabrol, Mirizzi, Bendolea, Caroli, Albot, Champeau, Mallet-Guy, M. Roux et F. Poilleux, C. Ollivier et tant d'autres.

Cette multitude de travaux sur les différentes techniques opératoires portant sur les voies biliaires, leurs indications, ont abouti le plus souvent à renforcer l'opinion établie de la nécessité du drainage biliaire externe. Cependant, en 1943, Kirchner écrivait : « Je tiens le drainage du cholédoque effectué après son incision, comme un danger antiphysiologique, traîné avec soi depuis des dizaines d'années, dont la chirurgie biliaire doit finalement se libérer. »

Dans cette phrase, il y a le principe d'une nouvelle étape vers le but idéal de l'intervention biliaire. Plus récemment, Champeau et Pineau, dans l'introduction de leur traité sur « La chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson » écrivent de même : « Le souci du chirurgien doit être celui de **l'intervention curatrice totale en une fois.** »

De tout ceci, il ressort que la chirurgie des voies biliaires

tend progressivement vers sa réalisation idéale, vers la cicatrisation **per primam** des canaux ce qui simplifie les suites opératoires et respecte au mieux la lumière du conduit ; mais cette façon de voir n'est pas unanime et soulève encore bien des discussions, discussions des plus complexes et des plus étudiées actuellement.

Cependant, l'opération idéale, c'est-à-dire la fermeture primitive du cholédoque, est techniquement réalisable et possible :

— Grâce à l'existence des antibiotiques de plus en plus nombreux et d'application mieux réglée et précisée.

— Grâce à l'anesthésie moderne pour qui le sujet fragile n'est pas un écueil et qui permet la meilleure technique exigée.

— Grâce à la technique et au matériel moderne mieux adapté à la précision et à la minutie opératoire.

— Grâce à la réanimation pré-, per- et post-opératoire qui permet l'équilibration optima du malade, supprime ou presque la maladie post-opératoire, et favorise ainsi les diverses cicatrisations.

Conditions classiques permettant la fermeture du cholédoque.

La cholédocotomie idéale, quoique discutée, est pratiquée par certains, dans des cas choisis où les conditions sont réalisées au maximum. D'autres, tel Mallet-Guy, tentent d'en étendre les indications et codifient les conditions nécessaires au succès de la fermeture cholédocienne d'emblée. Ces conditions sont :

1° La certitude absolue de la liberté de la voie biliaire principale.

C'est la condition primordiale, car lorsqu'elle est réalisée, les autres conditions deviennent vite accessoires. La liberté de la voie biliaire principale, c'est l'absence de calculs oubliés, l'absence d'hypertonie du sphincter d'Oddi, l'absence de sténose organique du bas cholédoque, oddite, papillite ou pancréatique sténosante. Le moyen essentiel de nous en assurer est sans conteste la **cholangiographie per-opératoire**. Celle-ci doit être menée scrupuleusement par la minutie de la mise en place des différents conduits, canules et réservoirs, par l'emploi d'une substance de contraste dont la viscosité est voisine de celle de la bile, en l'occurrence le Diodone à 70 %, par l'emploi d'un matériel radiologique bien adapté ; enfin il faut souligner la nécessité pour le chirurgien, de posséder l'habitude et la science de la lecture des clichés obtenus afin de poser la meilleure indication tactique qui évitera l'hyper-pression intra-cholédocienne, principal facteur d'échec de la fermeture primitive du cholédoque.

2° Une paroi cholédocienne solide.

Dans l'ordre d'importance, cette condition vient aussitôt après. Mais il est assez rare qu'elle ne soit réalisée, car le plus souvent, la lithiase même avec distention énorme de cholédoque, s'accompagne plus ou moins d'un épaississement des parois, ce qui, loin de les fragiliser, réalise plutôt un terrain propice aux sutures. Le cholédoque, canal unique, peut être considéré comme un vaisseau et traité comme tel, d'où emploi de matériel à suture vasculaire.

3° Une bile non infectée.

Certains auteurs attachent beaucoup d'importance à la septicité de la bile et préconisent un examen bactériologique extemporané. Nous avouons après réflexion, ne pas avoir attribué à ce facteur une action prépondérante.

Par ailleurs, un récent travail de Soupault montre que la bile n'est stérile que dans un tiers des cas, que la septicité biliaire est caractérisée par la présence d'associations microbiennes à Gram négatif prédominants, par l'absence absolue de germes anaérobies. D'autre part, il met en évidence l'action très favorable et très rapide de l'association chloromycétine-streptomycine sur ces germes biliaires. Cette notion vient renforcer notre opinion au sujet du peu d'incidence sur la cicatrisation cholédocienne que posséderait une bile non stérile.

Même dans les cas où la septicité biliaire était évidente nous avons pratiqué la suture du cholédoque. Nous l'avons fait :

— Parce que, dans ces cas, nous avons trouvé des parois cholédociennes plus épaisses.

— Parce que nous avons assuré le drainage du canal vers le duodénum en extirpant l'obstacle lithiasique et en confirmant la perméabilité du bas cholédoque par papilloplastie ou sphinctérotomie.

— Parce que le drainage capillaire aspiré de la région sous hépatique nous a paru éviter les conséquences de l'infection extra-canaliculaire.

— Parce que, en dernier lieu, nous comptons justement sur l'action des antibiotiques sélectifs de l'infection biliaire.

4° Conditions relevant de l'état du malade et de la complexité éventuelle de l'opération.

Avec les moyens de réanimation et d'anesthésie actuels qui augmentent considérablement la sécurité opératoire, l'état général,

l'âge du sujet ainsi que la complexité et la longueur de l'acte chirurgical ne sont plus des contre-indications à la fermeture du cholédoque. Bien au contraire, le mieux être organique et psychique post-opératoire immédiat du sujet, qui se retrouve après « l'opération » sans « tuyau par où **sort** sa bile » (suivant la propre expression d'un opéré drainé), contribue amplement à sa guérison.

D'autre part, chez ces malades, au mauvais état général, l'absence de drainage biliaire externe supprime la déperdition de bile qui contribue énormément à les maintenir en état d'équilibre précaire.

En définitive **les deux conditions primordiales** au succès de la suture du cholédoque restent :

— **La liberté absolue de la voie biliaire principale.**

— **Une paroi cholédocienne solide.**

Ces principes fondamentaux sont connus depuis très longtemps et la technique qui se perfectionne journellement ne fait que venir en quelque sorte à leur rencontre. On peut formuler l'hypothèse que, si la technique d'opération pour lithias biliaire était découverte actuellement, l'épisode drainage biliaire externe n'aurait pas existé.

Notre but, dans ce modeste travail, est de décrire la technique de notre Maître le Dr Louis Barraya, devant le problème de la fermeture cholédocienne d'emblée.

Nous apportons au crédit de cette technique 65 observations réalisées de 1951 à 1956, ce qui représente la totalité des cas opérés pendant cette période. La proportion des fermetures primitives par rapport aux autres modalités opératoires a été rapportée par ailleurs. (Société de Chirurgie de Toulouse : Journées de Médecine de Toulouse. Juin 1956 — L. Barraya, D. Miniconi — Ch. Sasso-Gourdon.)

Nous laisserons délibérément de côté la discussion au sujet de l'indication à l'exploration du cholédoque pour nous consacrer seulement à la description de la réalisation technique de l'intervention.

PLAN GÉNÉRAL

TECHNIQUE GÉNÉRALE.

L'anesthésie :

- La pré-anesthésie ;
- L'anesthésie proprement dite.

Le matériel :

- 1° Les instruments opératoires ;
- 2° Matériel de suture et de drainage extra-biliaire ;
- 3° Le matériel radiologique.

Le malade.

Les exécutants.

L'opération proprement dite :

- 1° L'incision ;
- 2° L'abord des voies biliaires :
 - Libération des adhérences ;
 - Décollement duodéno-pancréatique.
- 3° Exploration :
 - Visuelle,
 - Manuelle,
 - Radiologique,
 - Instrumentale :
 - a) Par le cystique ;
 - b) Par la papille ;
 - c) Par taille cholédocienne.
- 4° Tactique adoptée envers l'appareil papillo-sphinctérien
 - a) Papilloplastie,
 - b) Sphinctérotomie.
- 5° Suture du cholédoque ;
- 6° Fermeture de la duodénotomie ;
- 7° Fermeture de la paroi.

Tactique post-opératoire.

TECHNIQUE GÉNÉRALE

L'ANESTHÉSIE

Toutes les anesthésies des cas opérés rapportés ici, ont été menées par le D^r D. Miniconi qui, en collaboration étroite avec le D^r L. Barraya, a mis au point les différents temps anesthésiques nécessaires à une exploration aisée.

Il faut souligner l'importance de la participation de l'anesthésie à l'embryon d'étude physiologique que sont, au fond, les interventions actuelles sur les voies biliaires. Sans entrer dans les détails de l'anesthésie, qui varient obligatoirement d'un malade à l'autre pour diverses raisons, nous indiquons la méthode générale et les agents anesthésiques employés.

LA PRÉ-ANESTHÉSIE :

- La veille, le malade reçoit 10 cg. de Gardénal I. M. ;
- Le matin de l'intervention :
 - 1 h. 1/2 avant : Dolosal ou Spasmalgine I. M.
 - 1/2 h. avant : 1/2 mg. d'Atropine I. M.

Toutes ces drogues passent pour avoir comme action pharmacodynamique, d'abaisser le tonus des voies biliaires et par conséquent d'abaisser la pression intra-cholédocienne.

L'ANESTHÉSIE :

L'anesthésie est une anesthésie générale.

Nous employons le système va-et-vient après intubation systématique. Une perfusion I. V. de Sérum glucosé est installée avant le début de l'anesthésie.

L'induction est obtenue grâce au Penthotal et à une petite dose de Curare. Après bonne oxygénation, l'intubation est rendue très aisée par l'emploi I. V. de Célocurine, relâchant musculaire à action rapide et fugace. Par la suite, on entretient l'anesthésie par l'injection fractionnée et répétée suivant les besoins, de doses minimales, soit de Penthotal, soit de Curare, soit de Dolosal. Pendant toute l'anesthésie, l'oxygénation optimale est entretenue par respiration assistée.

L'action pharmacodynamique de ces drogues entraînerait elle aussi, une légère hypotomie du tonus des voies biliaires, bien que certains travaux italiens démontreraient au contraire une légère action hypertonique pour le Pentothal.

En définitive, ces drogues possèdent peu ou pas d'action sur les voies biliaires. D'autre part, de l'étude cholangiographique que nous pratiquons en cours d'intervention, nous tirons peu de conclusions techniques du point de vue des variations de pressions intra-cholédociennes.

L'emploi de ces différentes drogues ne gêne donc pas l'interprétation des clichés radiologiques.

LE MATÉRIEL

1° LES INSTRUMENTS OPÉRATOIRES (Fig. 1).

A part les instruments courants, tels que l'instrumentation de Desjardins ou les diverses pinces hémostatiques et ciseaux qui, eux-mêmes, doivent être fins et non traumatisants, nous nous servons de quelques instruments spéciaux, mis au point, après divers perfectionnements, par le Dr L. Barraya.

Tout d'abord un jeu de 3 dissecteurs autostatiques à double crémaillère de différentes formes (maison Gentile) (Fig. 1. A) :

- Un droit ;
- Un avec extrémité à angle droit ;
- Un avec extrémité courbe.

Ces instruments facilitent énormément la dissection du pédicule hépatique, et permettent l'hémostase préventive à toute section.

Ensuite une pince à disséquer viscérale, délicate, pour le travail à l'aiguille, à mors souples et garnis de dents très fines. Elle permet la préhension fine et non traumatisante de feuillets séreux ou de parois minces comme la paroi cholédocienne (maison Simal).

Puis un jeu de dragues propulsives à extrémité cylindrique et bout concave, servant à repousser les calculs, soit de bas en haut jusqu'à la taille cholédocienne, soit de haut en bas jusqu'à la papille (maison Gentile) (Fig. 1. B).

D'autre part, un suceur-aspirateur très fin d'embout, comportant un œillette terminal et deux œillette latéraux qui permettent l'aspiration précise dans un très petit champ opératoire, et facilitent grandement une dissection ou une suture délicate (maison Médimex).

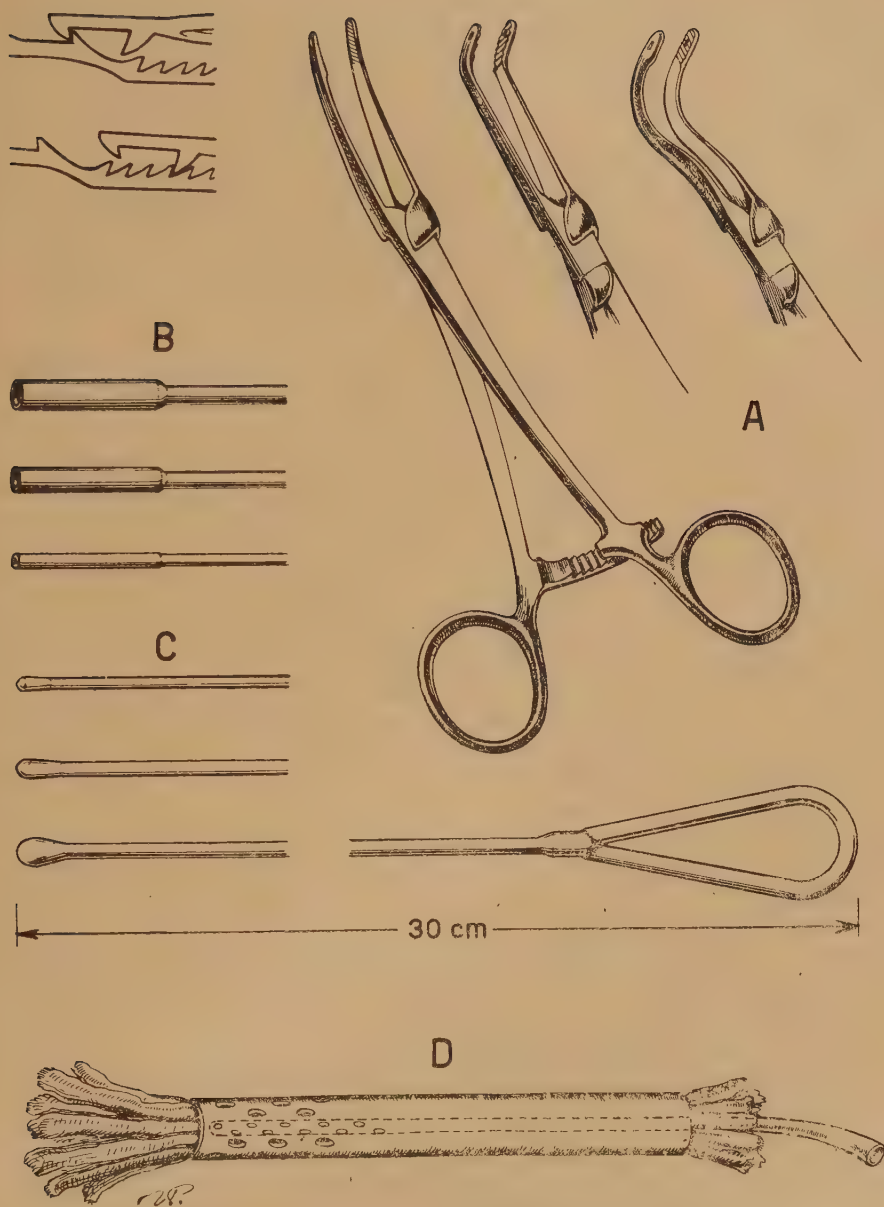


Figure 1

- A. — Les trois dissecteurs de différentes courbures.
 B. — Le jeu de dragues propulsives de différents calibres.
 C. — Le jeu de mandrins de DOGLIOTTI.
 D. — Le drain capillaire aspiré, engainé à tube interne.

Enfin, un jeu de mandrins de Dogliotti à bout olivaire malléables et de calibre différent servant à cathétériser le cholédoque de haut en bas, l'olive terminale exposant et repérant parfaitement la situation intraduodénale de la papille (maison Gentile) (Fig. 1. C).

D'autres instruments, entre autres les mandrins de Soupault, de Hepp ou de Lasala, sont conçus pour jouer le même rôle, mais nous n'en avons pas l'expérience et les mandrins de Dogliotti ont pour eux leur simplicité de conception et de maniement. Nous pensons cependant que les instruments cités peuvent rendre le même service dans des mains entraînées.

2° LE MATÉRIEL DE SUTURE ET DE DRAINAGE EXTRA-BILIAIRE.

L'unanimité n'est pas faite au sujet du matériel de suture des voies biliaires, et une controverse est en cours pour savoir les mérites ou les inconvénients respectifs du matériel résorbable ou non résorbable. D'une part, on accuse le matériel non résorbable d'être le point de départ de concrétions et précipitations qui seraient à l'origine de récidives lithiasiques.

Mais, d'autre part, le matériel résorbable comme toutes substances organiques, produit un appel leucocytaire avec réaction focale pseudo-inflammatoire, ce qui, malgré tout, perturbe le processus de cicatrisation. En outre, on n'est jamais certain du temps exact de résorption de ce matériel, aussi bien dans le sens de l'excès que du défaut.

Toutes ces raisons nous ont amené à préférer le matériel non résorbable :

- Essentiellement la soie, et en particulier la soie vasculaire cirée sertie 000 ou 0000, lorsqu'il s'agit de suture cholédocienne.
- Le coton fin et ciré pour les autres sutures digestives, avec aiguilles montées.

Si on nous offrait un catgut de même finesse et de même solidité que la soie, avec un temps de résorption précis, nous l'adopterions volontiers.

Le drainage de la cavité abdominale, et en particulier de la région opératoire, est assurée par un drain capillaire aspiré et engainé, ainsi constitué :

- Un tube d'engainement en caoutchouc n° 40 ou 50, percé d'orifices multiples sur 4 ou 5 cm. vers l'extrémité intra-abdominale.

- Ce tube contenant une vingtaine de petites mèches genre mèches de lampe (Goldman) qui dépassent en bouquet l'extrémité abdominale du tube d'engainement.
- Le tube d'aspiration placé au milieu des mèches est constitué par une simple sonde de Nélaton multitrous (maison Bruneau) (Fig. 1. D).

Ce montage assure le drainage par la capillarité des méchettes, capillarité qui est constamment entretenue par l'aspiration qui en empêche l'imbibition inopérante. Nous insistons particulièrement sur la réelle efficacité maintes fois contrôlée de ce mode de drainage.

Parfois, lorsque les conditions de stérilité de la région opératoire sont douteuses, on emploie un drainage type Mickulicz aspiré, engainé et modelé suivant les circonstances (maison Bruneau).

3° LE MATÉRIEL DE CHOLANGIOGRAPHIE.

Ce matériel comprend :

- Un jeu de trocars de Caroli et de Mallét Guy.
- Une réglette amovible et stérilisable, avec chariot mobile tenant l'appareil perfuseur, inspiré des systèmes de Caroli, Sénèque et Roux, constitué par un flacon de Mariotte renversé sur un corps de seringue.
- La substance de contraste employée est le Diodone à 70 % mélangé à du bleu de méthylène. Cette dernière substance a pour rôle, d'une part, d'indiquer toute fuite aux diverses jonctions du montage. D'autre part, le malade est porteur d'une sonde de Camus en matière plastique, plus solide et plus étanche que le caoutchouc (Polyvinyl chargé ; Néoplex de Porges ou Souplex de Bruneau). Cette sonde est guidée per-opératoirement dans le duodénum et, dès les premiers instants de la cholangiographie, on a des indications sur la perméabilité de la papille, en aspirant du liquide duodénal, suivant que celui-ci est coloré ou non.
- L'appareil de radiologie est un appareil puissant, avec colonne porte-tube mobile, guidé sur rails plafond-plancher.
- La table d'opération est une table de Talheimer, équipée pour la radiographie per-opératoire.

LE MALADE

Celui-ci étant en décubitus dorsal, « cassé » au niveau des fausses côtes. Il est en outre légèrement incliné vers l'opérateur, de manière à guider les écoulements qui pourraient se produire vers la gouttière latérale droite de l'abdomen, facile à protéger par des champs. Ainsi qu'il est indiqué plus haut, une sonde de Camus a été placée dans l'estomac, en attendant qu'elle soit guidée à ventre ouvert vers le duodénum.

LES EXÉCUTANTS

L'opérateur se place à droite du malade.

L'aide et l'instrumentiste à sa gauche. Ici, il faut souligner le rôle de la main gauche de l'aide, qui est très important pour la bonne exposition des viscères. Cette main, par l'intermédiaire d'un champ intestinal, refoule en bas le colon transverse et le duodénum, dégageant et tendant ainsi le pédicule hépatique, faisant varier aux yeux de l'opérateur, par le jeu des doigts, les différents plans de clivage, mieux que ne le ferait un écarteur ou une valve métallique rigide.

L'OPÉRATION PROPREMENT DITE

1° L'INCISION.

De multiples incisions sont décrites et utilisées. Pour notre part, nous avons adopté **l'incision para-médiane droite**, à cause de sa simplicité d'exécution et du jour excellent qu'elle donne sur la région hépato-biliaire, à cause du délabrement minime qu'elle entraîne, de la simplicité et de la solidité de la fermeture. La description en a été récemment reprise par Redon. En général, nous la menons du rebord costal à l'aplomb de l'ombilic, ou à 1 ou 2 travers de doigts au-dessous, si la corpulence du malade l'exige.

Des champs imperméables, cousus, en protègent les bords. Un grand écarteur de Gosset la maintient béante. Cet écarteur est placé à l'envers : c'est-à-dire avec le rail de glissement vers le bas ; ce qui n'entraîne aucune image parasite lors de la cholangiographie et permet ainsi de le laisser en place.

2° L'ABORD DES VOIES BILIAIRES.

— Libération des adhérences :

Premier geste à faire pour avoir une bonne exposition de la région permettant un premier bilan visuel. Il est classique, et nous

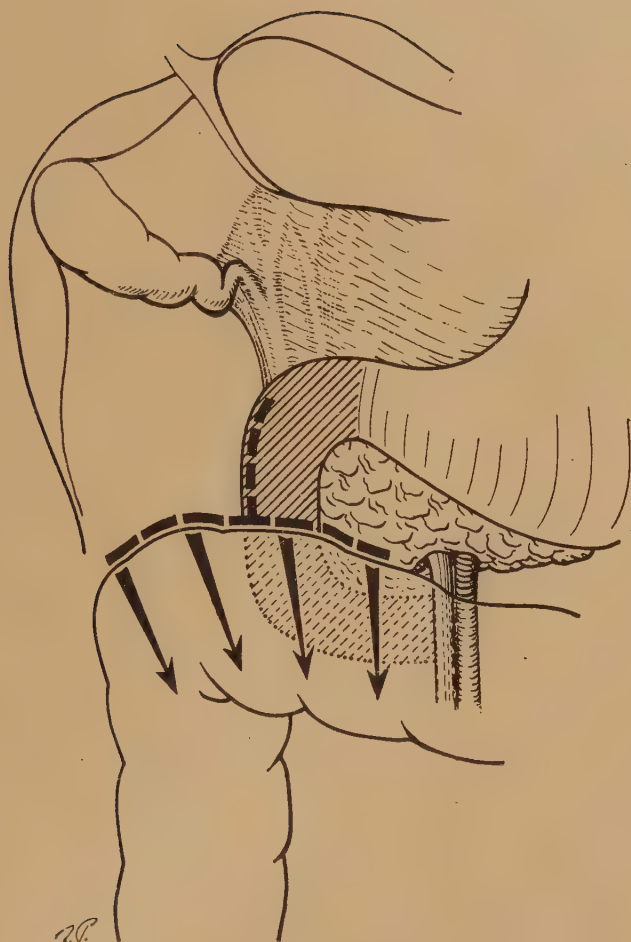


Figure 2

Schéma du décollement duodéno-pancréatique après abaissement de l'angle colique droit :

- jusqu'aux vaisseaux mésentériques supérieurs,
- portion initiale de D3 comprise.

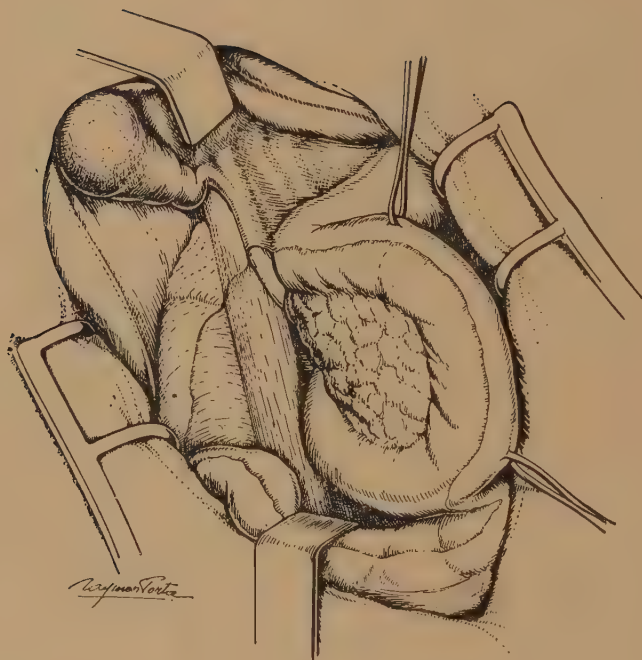


Figure 3

Région opératoire après mobilisation duodéno-pancréatique.

procédons ainsi, de progresser de droite à gauche et de bas en haut, et de découvrir ainsi, de proche en proche la vésicule et le pédicule hépatique. Lorsque les adhérences sont fournies, et que les voies biliaires sont véritablement invisibles, il est bon de tâcher de glisser l'index gauche dans l'hiatus de Winslow, ce qui permet de repérer approximativement le pédicule hépatique et d'éviter ainsi toute section catastrophique. Cette libération se fait uniquement par section aux ciseaux, sans jamais dilascérer ni décoller à la compresse. On a ainsi un champ opératoire net et très peu sanglant.

— **Décollement duodéno-pancréatique** (Fig. 2) :

Lorsque toute la région est libre d'adhérence et bien exposée, nous décollons systématiquement le duodéno-pancréas. On obtient ainsi une plus grande liberté de mouvement. Résultat essentiel du geste : le cholédoque est redressé aussi bien dans sa courbure droite que dans sa courbure antérieure ; on a ainsi en outre à sa disposition toute la portion cholédocienne sus-pancréatique normalement cachée par le premier duodénum. L'exploration manuelle et le cathétérisme ultérieur du conduit biliaire en seront grandement facilités. C'est, du reste, la manière de procéder d'auteurs tels que L. Léger, L.-W. Edwards, Lynwood, Herrington Junior et J.-T. Reynolds.

La technique habituelle en est simple.

On incise le péritoine sur la face antéro-externe du deuxième duodénum et l'on tombe tout de suite dans la zone rétropancréatique décollable, constituée par un feutrage conjonctif lâche, à peu près avasculaire. Pour que cette mobilisation soit valable, il faut :

- La pousser vers la gauche jusqu'aux vaisseaux mésentériques supérieurs.
- En bas, mobiliser l'angle D2, D3, après avoir libéré l'angle colique droit (Fig. 3).

Lorsqu'il existe une impossibilité de commencer le décollement par le bord externe de D2 on peut cliver de gauche à droite et de haut en bas en atteignant le plan décollable rétro-duodéno-pancréatique, par l'hiatus de Winslow.

A première vue, ce temps opératoire peut sembler augmenter la durée de l'intervention. Cependant, pratiqué tel que nous le décrivons, il est assez rapide et les avantages qu'il procure le justifient amplement.

3° EXPLORATION :

— **Visuelle.**

Tout d'abord l'exploration visuelle nous renseigne sur l'état

global des voies biliaires. On voit la forme, le volume, la couleur, l'état organique de la vésicule, la situation approximative du cystique, le degré de dilatation, l'état inflammatoire du cholédoque, la présence ou l'absence d'adénopathies de voisinage.

— Manuelle.

L'exploration visuelle est complétée par l'exploration manuelle. En palpant la vésicule, on peut déceler la présence de calculs. On apprécie l'état de ses parois, la facilité ou la difficulté de son évacuation. En glissant l'index dans l'hiatus de Winslow, avec le pouce on palpe le cholédoque de haut en bas, le décollement duodéno-pancréatique permettant ce palper jusqu'en bas à travers la lame de tissu pancréatique rétro-cholédocien. Mais, il faut souligner que ce geste rituel est trompeur et qu'il ne faut pas en attendre de certitude absolue, quant à la présence ou à l'absence de calculs intra-cholédociens. Mais il impose d'emblée la conduite à tenir vis-à-vis de la vésicule biliaire:

- S'il n'y a pas d'indication à la cholécystectomie, on pratiquera à ce moment l'examen cholangiographique transvésiculaire.
- Si, au contraire, le sacrifice de la vésicule est décidé, nous pratiquons habituellement cette cholécystectomie sous-séreuse et d'arrière en avant (Mayo, A. Gosset) après avoir incisé le bord droit du petit épiploon et disséqué minutieusement le cystique et son abouchement dans la voie biliaire principale. Une fois la vésicule enlevée et l'hémostase faite, on péritonise le lit vésiculaire. Le moignon cystique est lié par une seule ligature à la soie 0.

— Radiologique.

C'est le temps capital de l'exploration, quant aux renseignements obtenus et à la conduite à tenir ultérieurement vis-à-vis du bas cholédoque et de l'appareil papillo-sphinctérien. On peut la faire soit transvésiculaire si la vésicule a été conservée et qu'elle soit perméable, soit transcystique si le moignon cystique est praticable, soit parfois cholédocienne directe.

Nous procédons ainsi : une fois la canule mise en place et fixée, une fois le trajet réservoir-tuyauterie-canule installé et purgé d'air, on prend trois clichés après réplétions différentes. Ces réplétions sont calculées d'après l'appréciation du volume de la vésicule (transvésiculaire) d'après l'appréciation du degré de dilatation du cholédoque. De toute façon, en général, nous n'utilisons au maximum guère plus de vingt cm³ de Diodone.

Pendant la prise des clichés, un aide aspire à l'aide d'une seringue par la sonde de Camus, le liquide duodénal. D'après sa teinte bleutée ou non, nous avons déjà, à ce moment, une certaine idée de la perméabilité du bas cholédoque. Cette notion vient contribuer fortement à la lecture et à l'interprétation des images cholangiographiques.

— Instrumentale.

PAR LE CYSTIQUE (6 observations : n^{os} 21, 31, 40, 55, 56, 58) :

Nous avons tous rencontré dans des cas de lithiase, des cystiques dilatés permettant un large accès au cholédoque. On ne peut compter sur cette éventualité, mais elle simplifie tout. En effet, par ce canal latéral, sondes et dragues peuvent être alors introduits ; la papille peut être explorée et, au besoin, chirurgicalement modifiée. La fermeture du cystique simple et sûre, assure en définitive l'étanchéité à peu de frais.

Sur 65 cas, nous avons pu utiliser cette voie six fois.

PAR LA PAPILLE (1 observation : n^o 62) :

Dans un cas, nous avons d'abord repéré le siège de cette papille (manœuvre de l'air), nous l'avons explorée par duodénotomie. Le contexte clinique et la radiographie per-opératoire, joints à l'aspect de la papille, nous ont fait poser l'indication de la papiloplastie, qui fut faite, guidée sur un fin cathéter introduit dans le cholédoque par la papille. La suture soigneusement effectuée de la muqueuse cholédocienne à la muqueuse duodénale nous permet, en gardant les fils longs, de faire bâiller l'orifice papillaire ainsi agrandi, et nous pûmes alors explorer le cholédoque, le laver au sérum, et enfin de vérifier radiologiquement sa vacuité. Dans les cas où l'indication de la papiloplastie peut être posée sans ouverture préalable du cholédoque, rien ne s'oppose à une pareille tactique sans cholédocotomie : façon de faire qui résout élégamment la question. Nous ne l'avons fait qu'une fois parce que les circonstances morphologiques étaient éminemment favorables. Il est tentant d'émettre la prudente hypothèse suivante : il se peut qu'à l'avenir, une précision plus grande des indications, jointe à des instruments appropriés, permette d'utiliser cette voie plus souvent, et de résoudre ainsi plus simplement le problème de l'exploration du cholédoque.

PAR TAILLE CHOLEDOCIENNE :

C'est la voie d'accès que l'on emploie le plus souvent. Cette taille se fera sur la face antérieure du cholédoque, après avoir mis

à nu celui-ci, et récliné son revêtement péritonéal en dedans, en évitant la zone vasculaire sus-duodénale, constituée de vaisseaux nombreux qui sont des branches récurrentes cholédociennes de l'artère gastro-duodénale et de l'artère pancratico-duodénale supérieure droite (Rio-Branco: « Anatomie et médecine opératoire du tronc cœliaque et en particulier de l'artère hépatique. »).

Cette taille sera en outre rectiligne, longitudinale et sans mâchures, de manière à faciliter le temps de suture et à permettre autant que possible un bord à bord convenable.

La dimension de la taille, en principe, ne doit pas dépasser la dimension de la largeur du cholédoque, à moins que celui-ci ne soit pas très dilaté, auquel cas le passage de différents instruments explorateurs et évacuateurs serait gêné.

On procède alors à l'ablation du ou des calculs cholédociens. En cas de calcul enclavé ou non préhensible du bas cholédoque, ou en cas de non-perméabilité de la papille lors du cathétérisme prudent et doux par le mandrin de Dogliotti, approprié au calibre du cholédoque, nous pratiquons une papilloplastie ou une sphinctérotomie trans-duodénale. Toutes ces manœuvres d'exploration instrumentale, ou d'ablation de calcul sont, comme nous le disions au début, extrêmement facilitées par la mobilisation duodéno-pancréatique.

4° TACTIQUE ADOPTÉE ENVERS L'APPAREIL PAPILLO-SPHINCTÉRIEN.

La difficulté majeure de ce temps opératoire réside dans le repérage exact de la situation de la papille. Classiquement, elle serait située au niveau de la face postéro-interne du tiers supérieur du deuxième duodénum ; mais on sait que cette disposition est variable. Un récent travail de Lamy et collaborateurs le confirme, en démontrant sa situation très fréquente au niveau de l'angle duodénal inférieur et du segment initial du troisième duodénum.

Le repérage exact de la papille peut être fait habituellement de trois façons :

- D'une part, grâce aux clichés cholangiographiques lorsque ceux-ci montrent l'injection du bas cholédoque.
- D'autre part, grâce au cathétérisme descendant du cholédoque à l'aide des mandrins de Dogliotti, après cholécotomie. On choisit le mandrin dont le calibre correspond au calibre du cholédoque ; on le modèle en lui donnant une très légère courbure à grand rayon, et on le glisse doucement dans le cholédoque, jusqu'à ce qu'il bute à la papille. Celle-ci soulevée par le mandrin, est nettement

perçue à travers la paroi antérieure du duodénum qu'il ne reste qu'à inciser.

- On peut également repérer la papille avant toute cholangiographie ou cholédocotomie grâce à une petite « astuce », que le professeur Grimoux, de Toulouse, emploie également, qui peut rendre service ; mais il faut pour cela que la vésicule biliaire et le canal cystique soient perméables :

Par ponction de la vésicule et après vidange de celle-ci, on y injecte de l'air, puis on la presse, afin de chasser cet air dans la voie biliaire principale ; on perçoit alors, au niveau du duodénum le bruit ou plutôt la sensation de petites bulles gazeuses traduisant l'échappement de l'air par la papille. En palpant doucement le duodénum en différents points, on sent à un moment et en un point donnés l'arrêt de l'échappement de l'air : c'est l'emplacement de la papille. Il ne reste plus qu'à repérer ce point par une ou deux pinces de Chaput.

Nous citons ce petit procédé de repérage parce que plusieurs fois nous nous sommes félicité de l'avoir employé et que, dans certains cas, il peut rendre un grand service.

Ce repérage fait, on incise **le duodénum**. L'incision est faite transversalement, à l'aplomb de la papille, aussi minime que possible, non pas sur la face antérieure du duodénum, mais légèrement décalée sur la face droite, étant donné la mobilisation du duodéno-pancréas et le redressement des courbures cholédociennes (Fig. 4).

On apprécie alors l'état de la papille et du sphincter d'Oddi. Suivant le type de lésion constaté on pratique soit une papilloplastie simple, soit une sphinctérotomie.

Un très récent travail de R. Rettori, R. Laumonier et M. Roux sur l'anatomie et la physiologie de la sphinctérotomie oddienne, précise parfaitement la différence entre papilloplastie et sphinctérotomie.

Pour bien effectuer ce temps opératoire, il est nécessaire d'avoir une parfaite exposition de l'appareil papillo-sphinctérien. Celui-ci est donc repoussé hors du duodénum par l'extrémité olivaire du mandrin de Dogliotti qui, en même temps, distend la papille et la moule étroitement par l'intérieur. Il convient de souligner ici la sécurité et la facilité qu'apporte la présence du mandrin. D'une part, les tissus incisés ne fuient pas devant l'instrument, les bords de l'incision restent bien exposés et l'hémostase est rendue plus aisée. D'autre part, même en présence d'anomalies et de dispositions anatomiques particulières de la jonction cholédoque-



Figure 4

*Le mandrin de DOGLIOTTI dans le cholédoque repousse la papille
et repère le siège de la duodénotomie.*

Wirsung, on est toujours assuré de travailler sur la portion cholédocienne du sphincter d'Oddi et d'éviter des délabrements de la terminaison du Wirsung.

Donc pour la papilloplastie simple, l'incision est faite verticalement de bas en haut, à partir de l'orifice et en remontant sur 5 à 6 mm. environ de façon à ne sectionner que les fibres du sphincter commun aux deux canaux. On pratique une hémostase aussi minutieuse que possible des deux tranches de la section et on fait une suture muco-muqueuse duodéno-cholédocienne par 2 ou 4 points de chaque côté à la soie sertie 000 (Fig. 5).

Pour la sphinctérotomie, nous prolongeons l'incision de 5 à 6 mm., de façon à sectionner la partie intra-murale du sphincter propre du cholédoque. Hémostase et suture des tranches de section (Fig. 5).

A ce sujet, nous n'avons pas d'opinion formelle et c'est là un de nos soucis principaux. Nous essayons de sectionner à la demande des lésions. Cependant nous essayons de ne pas faire l'injection plus longue que la dimension du diamètre maximum du cholédoque, et en général la section est suffisante pour laisser passer librement le mandrin de 7 mm. Il nous semble qu'ainsi nous laissons une partie sphinctérienne valable, car sur les clichés de contrôle nous obtenons une terminaison cholédocienne effilée et pas complètement incontinente. Nous accumulons actuellement des documents post-opératoires qui, joints avec la clinique, nous permettront de nous faire une opinion plus précise.

Soulignons ici l'aide énorme que nous apporte l'emploi du petit aspirateur-sueur spécial qui aspire de façon nette et précise la bile ou le sang noyant ce petit champ opératoire que quelques gouttes suffisent à obscurcir. S'il existait un calcul enclavé ou non préhensible du bas cholédoque, il serait alors plus aisé de l'extirper par en bas ou de le refouler jusqu'au niveau de la taille cholédocienne, à l'aide de la drague propulsive malléable de maniement très aisé.

Lorsque enfin le cholédoque est libre de tout obstacle calculeux ou anatomique, on pratique un grand lavage descendant au sérum : ce qui permet de s'assurer une dernière fois du libre passage et de la perméabilité du cholédoque et de sa terminaison, de chasser autant que faire se peut d'éventuels débris calculeux et les résidus de Diodone.

Nous avons tenté, à ce moment-là, à titre d'expérience, de provoquer une chasse biliaire à l'aide de cholagogues intra-veineux. Nos rares tentatives ne furent pas couronnées de succès.

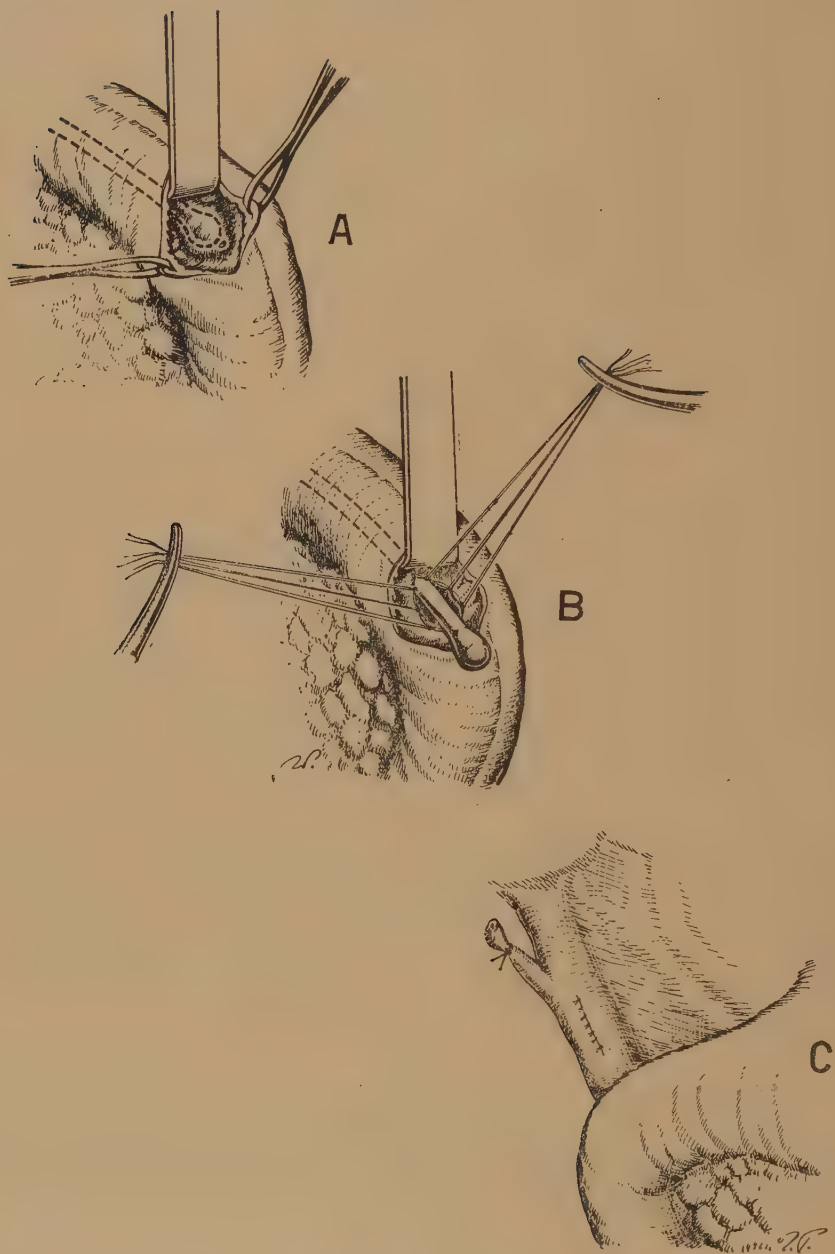


Figure 5

- En haut et à gauche : Duodénotomie. Le mandrin fait saillir la papille et la présente pour la papilloystomie.
- Au milieu : Papilloystomie - Sphinctérotomie. Le mandrin sort librement. (La section de la papille a été exagérée pour la clarté du schéma.)
- En bas et à droite : Cholédoque après sa fermeture.

5^e SUTURE DU CHOLÉDOQUE (Fig. 5) :

Nous en arrivons maintenant à un temps important de l'intervention. Ainsi que nous le disions au début de cet ouvrage, le cholédoque peut et doit être considéré comme un vaisseau et traité comme tel, c'est-à-dire : employer du matériel de suture vasculaire, en l'occurrence de la soie cirée sertie 000 ou 0000. D'autre part, pour la parfaite cicatrisation du conduit, nous pensons qu'il est nécessaire d'affronter bord à bord les deux lèvres de l'incision. L'objection principale que l'on porte à l'emploi du fil non résorbable est la possibilité de formation de calculs récidivants. C'est pourquoi nous faisons en sorte que nos points de suture ne paraissent pas dans la lumière du conduit. Il faut avouer que c'est assez difficile à obtenir. D'autre part, nous pensons qu'il est logique et suffisant de ne faire qu'un seul plan cholédocien, étant donné que nous nous sommes assuré de l'absence de facteurs d'hyperpression intra-cholédocienne.

En résumé, notre suture cholédocienne est ainsi réalisée :

- Un plan cholédocien principal ;
- Des points séparés à la soie cirée sertie 000 ou 0000, points espacés tous les millimètres, non perforants si possible, modérément serrés ;
- Epiplooplastie ajustée, de sécurité.

6^e FERMETURE DE LA DUODÉNOTOMIE :

Auparavant, et aussitôt après la suture cholédocienne, on fait la preuve de l'étanchéité de cette suture et, en même temps, de la parfaite vacuité du cholédoque, en pratiquant un dernier cliché au Diodone par une petite sonde introduite dans la papille.

Classiquement, on préconise une duodénotomie axiale, et sa suture transversale, afin d'éviter tout rétrécissement de la lumière duodénale.

Pour notre part, nous pratiquons la duodénotomie transversale et sa suture dans le même sens, sans pour cela créer le rétrécissement, car d'une part notre incision n'a pas de raison d'être très étendue et, d'autre part, nous pratiquons une suture aux points séparés en deux plans ou parfois, lorsque les conditions sont favorables, en un plan.

Le bloc duodéno-pancréatique est simplement remis à sa place sans points de fixation ni drainage particulier.

7° FERMETURE DE LA PAROI :

A ce moment, on met en place au voisinage de la suture chodécienne et à l'entrée de l'hiatus de Winslow un drain capillaire aspiré que l'on fait sortir par une contre-incision latérale, calculée de telle manière que le drain ne soit ni coudé ni tiraillé. Aussitôt on branche dessus l'aspiration et on vérifie son parfait fonctionnement en versant dans la zone drainée du sérum physiologique.

La fermeture de la paroi est banale et réalisée plan par plan aux points séparés, à la soie 0. Sur la peau : soie et agrafes après capitonnage du tissu cellulaire sous-cutané.

TACTIQUE POST-OPÉRATOIRE

Aussitôt l'opéré dans son lit, on met en marche l'aspiration par le drain. La dépression optima est de l'ordre de 50 cm. d'eau. Sur le trajet entre l'appareil d'aspiration et le drain est branché un flacon qui permet de mesurer la nature et le volume de liquides aspirés.

Cette aspiration est arrêtée après 48 heures mais, par mesure de sécurité, on laisse le drain en place jusqu'au sixième jour.

On commence très tôt, le lendemain, parfois le soir même, la physiothérapie passive et active ; en particulier le lever effectif est prescrit dès le lendemain.

Par ailleurs, sont effectués tous les soins de réanimation habituels : liquides, protéines, électrolytes, etc...

Suivant cette technique générale, ont été opérés 65 malades dont nous présentons maintenant les observations.

OBSERVATIONS

Parmi ces observations, nous rapportons du point de vue **lésions organiques** :

48 cas de lithiase cholédocienne pure ou associée à une lithiase vésiculaire.

6 cas de papillo-oddite pure sans lithiasé de la voie biliaire principale.

1 cas de cancer de la voie biliaire principale.

1 cas de cancer de la vésicule biliaire associé à une angiocholite.

Quelques cas sont complexes (telle l'observation N° 36 : lithiase cholédocienne plus ulcère de la petite courbure gastrique) et sont d'autant plus à inscrire à l'actif de la chirurgie par première intention.

Le taux de la mortalité se situe entre 4 et 5 %. En effet nous avons à déplorer 3 morts sur ces 65 opérés dont :

1 de 77 ans en très mauvais état général, cachectique, cardio-pulmonaire (observation N° 12).

1 de 76 ans, artério-scléreux à cœur sénile (observation N° 44).

1 de 64 ans, obèse, tabétique, morphinomane avérée (observation N° 54).

Un drainage biliaire externe aurait-il évité ces trois issues fatales ? C'est possible, mais il ne semble pas qu'il y ait des raisons fermes de le penser, sauf pour la 3°. En effet, les deux premiers décès sont manifestement à attribuer à l'état de sénescence cardio-vasculaire. Au sujet de la 3° malade, étant donné ses antécédents et son habitus, il eût, semble-t-il, été préférable de terminer par un drainage biliaire externe.

N° 1. — M... Marie, 60 ans. (D^r Girard.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Histoire de coliques hépatiques depuis 1930. Trois semaines avant opération : crises subintrantes. Rétention biliaire modérée. Tests hépatiques normaux. Intervention le 6 novembre 1948. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholédotomie. Duodénotomie. Suture primitive du cholédoque. Drain-mèche.

Suites normales. Sortie le 14^e jour.

N° 2. — C... Antoinette, 65 ans. (D^r Chadoutaud.)

Cancer des voies biliaires.

Cholédoque bourré de masses bourgeonnantes encéphaloïdes.

Décembre 1950 : Ictère progressif qui précise son caractère par rétention et qui fonce de plus en plus. Mauvais état général.

Intervention le 2 janvier 1951. (D^r Barraya.)

Cholédotomie. Curetage du cholédoque. Suture primitive. Drain-mèche.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

N° 3. — D... Marie, 66 ans. (D^r March.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Coliques hépatiques depuis 1916. Juillet 1950 : pendant quelques jours ictère fébrile. Début 1951 : une crise douloureuse chaque semaine.

Intervention le 9 mars 1951. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie per-opératoire. Cholédotomie. Suture du cholédoque. Drain-mèche.

Suites : 39, le 2^e jour ; tombe à 37,5 le 8^e jour. Le 6^e jour, nouveau clocher à 39. Propidon. Sort le 32^e jour, apyrétique.

Amélioration jusqu'en décembre 1954. A cette date reprise des douleurs qui augmentent et deviennent continues. Cholangiographie pré-opératoire : cholédoque de 2 cm. de large.

Nouvelle intervention le 29 décembre 1954. (D^r Barraya.)

Cholédotomie. Cholangiographie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. Drainage capillaire aspiré.

(Au cours de cette nouvelle intervention on trouve le cholédoque de calibre sensiblement normal, et la cicatrice de la cholédotomie antérieure est à peine visible.)

Suites normales. Sortie le 14^e jour.

N° 4. — E... Anne, 50 ans. (D^r Rosanoff.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

En 1950, coliques hépatiques, ne cédant pas au traitement médical. Début décembre 1951, subictère avec urines foncées et selles peu décolorées.

Intervention le 17 décembre 1951. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholédotomie. Cholangiographie. Suture primitive du cholédoque. Drain-mèche.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

N° 5. — M... Cyprienne, 73 ans. (Dr Brutter.)

Troubles digestifs atypiques depuis 1918.

En novembre 1951, reprises des troubles et accentuation. Janvier 1952 : douleurs épigastriques, avec vomissements suivis de subictère.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Intervention le 29 février 1952. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Suture primitive. Drainage capillaire aspiré de voisinage.

Suites normales. Sortie le 17^e jour.

N° 6. — P... Adrienne, 68 ans. (Dr Torrel.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

En avril 1952 : crises douloureuses épigastriques avec vomissements alimentaires, suivies d'un subictère type rétention variable. Maigrit de 12 kg. depuis le début clinique.

Intervention le 10 juin 1952.

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Suture primitive. Drainage capillaire aspiré de voisinage.

Suites normales. Sortie le 17^e jour.

N° 7. — De N... Thérèse, 63 ans. (Dr Brutter.)

Lithiase cholédocienne.

Coloniale, paludéenne. En 1949, hépatomégalie, sans splénomégalie avec troubles dyspeptiques peu typiques, au milieu desquels se dégagent parfois des crises hépatiques nettes. En mai 1952 : vomissements apparaissent. Fin juin 1952, ictère fébrile variable.

Intervention le 16 juillet 1952. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie (vésicule scléro-atrophique). Cholangiographie. Cholédotomie. Suture primitive du cholédoque. Pas de drainage.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

N° 8. — T... Eva, 70 ans. (Dr Crabouillet.)

Lithiase cholédocienne.

Juillet 1951 : premières coliques hépatiques. Ensuite rechutes fréquentes à formes parfois pseudo-occlusives. Altération de l'état général.

Intervention le 25 février 1953. (Dr Barraya.)

Cholédotomie. Suture primitive du cholédoque. Pas de drainage.

Suites normales. Sortie le 9^e jour.

N° 9. — Le M... Pierre, 41 ans. (Dr Barriéra.)

Lithiase cholédocienne et fistule cholécystoduodénale.

Syndrome de rétention biliaire avec hémorragies digestives abondantes nécessitant des transfusions. Gastrectomisé ancien.

Intervention le 27 mai 1953. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cure de la fistule duodénale. Cholangiographie. Cholédotomie. Suture primitive du cholédoque. Drainage capillaire aspiré (D. C. A.) de voisinage.

Suites normales. Sorti le 11^e jour.

N° 10. — A... Thérèse, 41 ans. (Dr Miniconi.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

En 1943 : crises douloureuses épigastriques. Juillet 1952 : nouvelles crises plus vomissements. En octobre 1952 : crises toutes les deux ou trois semaines, dont les deux dernières suivies d'un ictère fébrile.

Intervention le 1^{er} juin 1953. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Suture primitive du cholédoque. Drainage capillaire aspiré (D. C. A.) de voisinage.

Suites normales. Sortie le 11^e jour.

N° 11. — F... Aimé, 67 ans. (Dr Visquis.)

Lithiase cholédocienne et fistule cholécystoduodénale.

En 1948 : cholécystite aiguë. En 1951 : crise douloureuse épigastrique avec température à 40°. Depuis cette date, crises douloureuses de même type, maigrit de 35 kg.

Intervention le 22 juin 1953. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholédotomie. Sphinctérotomie transduodénale. Cure de la fistule duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 11^e jour.

N° 12. — B... Lucien, 77 ans. (Dr Binet.)

Lithiase cholédocienne.

En juin 1953 : douleurs violentes de l'hypocondre droit suivies de subictère fébrile. Mauvais état général. Artérioscléreux. Emphysémateux.

Intervention le 18 juillet 1953. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie (vésicule inflammatoire). Cholédotomie. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites : température : 40 le 2^e jour. Le 8^e jour, accident brutal à type de dyspnée aiguë avec cyanose : DÉCÉDÉ.

N° 13. — L... Marie-Christine, 64 ans. (Dr Dazelle.)

Lithiase cholédocienne et papillite sténosante.

De 1946 à 1951 : crises isolées de coliques hépatiques. En octobre 1953 : nouvelles crises très douloureuses décidant la malade à l'intervention.

Intervention le 22 décembre 1953. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie (vésicule scléroatrophique). Cholangiographie. Cholédotomie. Sphinctérotomie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 15^e jour.

N° 14. — P... Marie, 42 ans. (Dr Girard.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne avec papillite sténosante.

En janvier 1954 : crises douloureuses épigastriques avec vomissements et température à 39, qui s'améliore avec un traitement médical.

Avril 1954 : reprise du syndrome clinique.

Intervention le 21 avril 1954. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 14^e jour.

N° 15. — C... Henriette, 64 ans. (D^r Marino.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne avec papillite sténosante.

En mars 1953 : coliques hépatiques avec légère rétention biliaire. Ces crises se répètent tous les deux mois. Amaigrissement de 12 kg.

Intervention le 26 mai 1954. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 12^e jour.

N° 16. — M... Francisque, 58 ans. (D^r Pons.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

En juillet 1951 : début des crises douloureuses de l'hypocondre droit sans ictère. Examen radiologique pré-opératoire : calculs dans la vésicule et cholédoque dilaté.

Intervention le 22 juin 1954. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 13^e jour.

N° 17. — P... Elise, 45 ans. (D^r Lefrançois.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne avec papillite sténosante.

En 1948 : début du syndrome douloureux à type de coliques hépatiques se renouvelant périodiquement. Jamais d'ictère.

Intervention le 25 juin 1954. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 11^e jour.

N° 18. — L... Minorfa, 44 ans.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne avec papillite rétractile.

En 1952 : crise de coliques hépatiques brutales, sans ictère ni température. Ces crises se renouvellent irrégulièrement. Conservation de l'état général. Radio pré-opératoire : vésicule s'imprégnant mal, cholédoque dilaté, avec image claire à sa partie inférieure.

Intervention le 1^{er} juillet 1954. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 14^e jour.

N° 19. — P... Paule, 30 ans. (D^r Simon.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Depuis septembre 1953, crise douloureuse de l'hypocondre droit sans ictère se répétant chaque mois.

Intervention le 2 juillet 1954. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Sphinctérotomie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

N° 20. — M... Catherine, 56 ans. (Dr Maffet.)

Angiocolite, plus cancer de la vésicule.

Depuis 1940 : crises douloureuses épigastriques. Depuis avril 1954 : souffre chaque semaine. Amaigrissement de 15 kg. en 20 jours, avec température irrégulière. Radio pré-opératoire (Dr Grolad) : mauvaise imprégnation. Pas de calculs visibles. Cholédogue dilaté. Intervention le 3 août 1954. (Dr Barraza.)

Cholécystectomie (vésicule pleine de pus). Cholédotomie (bile septique). Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédogue. Appendicectomie. D. C. A.

Suites normales et apyrétiques. L'examen histologique de la vésicule répond : présence de bourgeons néoplasiques. Sortie le 14^e jour.

En bon état jusqu'en mars 1956 où : crises douloureuses plus ictère. Le 20 mars 1956 (Dr Barraza), réintervention : envahissement de tout le pédicule hépatique par infiltration néoplasique.

N° 21. — B... Pascaline, 42 ans. (Dr March.)

Lithiase cholédocienne et vésiculaire.

Depuis 1952 : crises de coliques hépatiques survenant tous les 6 mois. A l'occasion d'une dernière crise apparaît un ictère fébrile prenant l'allure chronique.

Intervention le 4 août 1954. (Dr Barraza.)

Cholécystectomie. Par le cystique dilaté : cholangiographie, ablation d'un calcul du cholédogue. Papilloplasie. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 12^e jour.

N° 22. — B... Marie, 72 ans.

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

A partir de 1953 : épisodes douloureux de l'hypocondre droit. Sans température, ni ictère. Anorexie. Amaigrissement de 10 kg. En juillet 1954 : crises plus violentes, accompagnées d'ictère fébrile.

Intervention le 10 août 1954. (Dr Barraza.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédogue. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 15^e jour.

N° 23. — S... Tatiana, 54 ans.

Lithiase cholédocienne et papillite sténosante.

En septembre 1954 : crises douloureuses épigastriques accompagnées pendant quelques jours de fébricule et de phénomènes de rétention biliaire.

Intervention le 2 novembre 1954. (Dr Barraza.)

Cholécystectomie (vésicule scléro-atrophique), cholangiographie, cholédotomie, papilloplastie transduodénale, Suture primitive du cholédogue. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 17^e jour.

N° 24. — V... Frédérique, 33 ans. (Dr Filipini.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Depuis 1948, crises de coliques hépatiques, typiques, anictériques suffisamment fréquentes pour légitimer l'intervention.

- Intervention le 21 novembre 1954. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie, cholangiographie, cholédocotomie, grastrotomie, appendicectomie. Suture primitive du cholédoque. D. C. A.

Suites normales. Sortie le 12^e jour.

N° 25. — R... Marguerite, 74 ans. (Dr Bardon.)

Lithiase cholédocienne, plus polype de la papille.

En juillet 1954 : coliques hépatiques, se répétant fréquemment. Début novembre 1954 : crises subintrantes avec subictère prurigineux. Assez bon état général.

Intervention le 25 novembre 1954. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 19^e jour.

N° 26. — M... Joséphine, 67 ans. (Dr Rosanoff.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

En 1953 : syndrome d'ictère douloureux de courte durée. En octobre 1955 : crises douloureuses épigastriques sans ictère. Radio pré-opératoire (Dr Daviot) : vésicule bourrée de calculs, cholédoque dilaté. A l'entrée, souffre continuellement.

Intervention le 4 janvier 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 12^e jour.

N° 27. — G... François, 63 ans. (Dr Folacci.)

Empièrrement du cholédoque. Ancienne anastomose cholécystoduodénale.

En 1915 : entérocolite, avec crises douloureuses épigastriques sans caractère précis. Depuis, les crises se modifient et s'installe un syndrome douloureux épigastrique, avec irradiation postérieure. En octobre 1944 : gastrectomie subtotale, pour ulcère duodénal. En juin 1945 : laparotomie : pancréas épaissi, cholécystoduodénostomie. En novembre 1946 : nouvelles crises douloureuses, soulagées par le traitement médical. Bon état jusqu'en 1952, où les douleurs reprennent et s'exacerbent jusqu'à l'époque de l'opération.

Intervention le 5 janvier 1955. (Dr Barraya.)

Cholangiographie, cholécystectomie. Fermeture de la fistule duodénale. Cholédocotomie (empièrrement du cholédoque). Suture primitive du cholédoque. Sphinctérotomie transduodénale. Drainage capillaire aspiré.

Suites normales. Sorti le 30^e jour.

N° 28. — M... Emile, 46 ans. (Dr Citterio.)

Lithiase cholédocienne et vésiculaire.

Crises douloureuses de l'hypocondre droit depuis plusieurs années. En novembre 1954 : crise douloureuse très violente suivie d'ictère type rétention.

Intervention le 13 janvier 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie, cholangiographie, cholédocotomie, papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 10^e jour.

N° 29. — B... Emma, 67 ans. (Dr Leblond.)

Lithiase cholédocienne.

En novembre 1954 : cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et fistule cholécystoduodénale. Un mois après subictère apparaît.

Réintervention le 24 janvier 1955. (Dr Barraya.)

Cholangiographie : calculs du bas cholédoque. Cholécotomie, papilloplastie transduodénale, gastrectomie subtotale type Polya à cause mauvais état du duodénum. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 17^e jour.

N° 30. — C... Annette, 56 ans. (Dr Hubaud.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Crises douloureuses de l'hypocondre droit depuis plusieurs années. Ictère léger d'apparition récente.

Intervention le 24 janvier 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie, cholangiographie, papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. Drainage capillaire aspiré de voisinage.

Suites normales. Sortie le 17^e jour.

N° 31. — M... Françoise, 36 ans. (Dr Mrozowicz.)

Lithiase cholédocienne.

En 1954 : coliques hépatiques à 3 reprises. En 1955 : radio pré-opératoire : vésicule exclue. Subictère type rétention en janvier 1955. A maigri de 7 kg. en un an.

Intervention le 2 février 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie par le cystique dilaté. Cholangiographie. Extraction de plusieurs calculs du cholédoque. Papilloplastie transduodénale. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 12^e jour.

N° 32. — B... Emilia, 84 ans. (Dr Miniconi.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne avec fistule cholécystoduodénale.

Coliques hépatiques depuis 1915. Crises subintrantes avec ictère depuis 2 mois. Mauvais état général.

Intervention le 7 février 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie, cholangiographie, cholécotomie, sphinctérotomie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. Cure de la fistule duodénale. D. C. A. de voisinage.

Suites remarquables. Sortie le 30^e jour (par convenance personnelle).

N° 33. — B... Raymond, 59 ans. (Dr Lefrançois.)

Oddite sténosante.

En 1940 : ictère type-rétention de courte durée. En 1951 : nouvel ictère douloureux. En 1955 : radio des voies biliaires : vésicule invisible, cholédoque dilaté, accompagnant un état douloureux permanent.

Intervention le 8 février 1955. (Dr Barraya.)

Cholangiographie. Cholécotomie : boue biliaire noire. Sphinctérotomie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites : le 14^e jour clocher thermique à 40° ; épanchement pleural gauche. Sorti le 36^e jour en bon état.

N° 34. — B... Marie-Louise, 38 ans. (Dr Ruas.)

Souffre de la région hépatique depuis l'enfance.

En 1945 : cholécystectomie : drain de Kerr. Aucune amélioration.

En janvier 1955 : cholangiographie pré-opératoire montre un cholédoque de la dimension d'un pouce.

Intervention le 14 février 1955. (Dr Barraya.)

Cholangiographie. Cholécotomie : pas de calculs mais deux glaires épaisses et multiples cordages adhérentiels intra-cholécociens. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 23^e jour.

N° 35. — F... Jeanne, 53 ans. (Dr Barriéra.)

Lithiase vésiculaire et cholécocienne.

En 1931 : coliques hépatiques. En 1941 : cholécystite aiguë avec température à 40° suivie d'ictère. En 1948, apparaissent des crises douloureuses avec vomissements et migraines de façon quasi permanente. En janvier 1955 : radio des voies biliaires (Dr Daviot) : calculs de la vésicule, cholédoque invisible.

Intervention le 18 février 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholécotomie. Sphinctérotomie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 12^e jour.

N° 36. — F... François, 46 ans. (Drs Girard et Miniconi.)

Lithiase cholécocienne plus ulcère de la petite courbure.

Souffre de la région épigastrique et l'hypocondre droit depuis 1925. Cholécystectomie il y a quelques années.

Intervention le 18 février 1955. (Dr Barraya.)

Cholangiographie, résection d'un long moignon cystique. Cholécotomie. Papilloplastie transduodénale. Gastrectomie subtotale type Finsterer. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites remarquables. Sorti le 10^e jour.

N° 37. — M... Gelda, 65 ans. (Dr Rosanoff.)

Lithiase vésiculaire.

En 1925 : cinq crises douloureuses épigastriques. En 1927 : ictère par rétention. Ces dernières années, crises deviennent plus fréquentes. Janvier 1955 : radio sélectan (Dr Blazeix) : vésicule exclue, cholédoque dilaté.

Intervention le 22 février 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholécotomie (pas de calculs). Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 15^e jour.

N° 38. — G... Mathilde, 46 ans. (Dr Warnecke.)

Lithiase cholécocienne, papillite rétractile.

En 1946 : cholécystectomie pour lithiase (Pr Mondor). En 1950 : exploration cholécocienne per-opératoire négative. (Savy et Mallet-Guy.) En 1953 : gastro-entérostomie (Dr Michard). Depuis : souffre toujours de la région hépatique. Subictère récent.

Intervention le 6 avril 1955. (Dr Barraya.)

Cholangiographie. Cholécotomie : ablation de multiples calculs. Sphinctérotomie transduodénale. Suture du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 16^e jour.

N° 39. — P... Alfred, 68 ans. (D^r Bardy.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Depuis plusieurs années, souffre de la région hépatique. Depuis quelques mois, crises douloureuses dont la dernière suivie d'un ictère par rétention. Etat général médiocre (abus de Dolosal).

Intervention le 8 avril 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholécotomie. Sphinctérotomie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales : ictère rétrocede en 6 jours. Sorti le 11^e jour.

N° 40. — C... Adèle, 65 ans. (D^r Hubaud.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

En 1955, coliques hépatiques, d'abord espacées puis se rapprochant de plus en plus. Février 1955, douleurs permanentes. Avril 1955 : apparaît l'ictère.

Intervention le 2 mai 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Par le cystique dilaté : cholangiographie, exploration du cholédoque (on retire 4 calculs). Papilloplastie transduodénale. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 15^e jour.

N° 41. — B... Simone, 35 ans. (D^r Sassi.)

Lithiase vésiculaire (rétrécissement mitral).

Depuis mars 1955, coliques hépatiques fréquentes et fébriles. En mai 1955, apparaît un ictère par rétention en régression au moment du premier examen. Opérée pratiquement anictérique.

Intervention le 2 juin 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholécotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 9^e jour.

N° 42. — S... Marie-Louise, 55 ans. (D^r Sassi.)

Lithiase vésiculaire, papillite rétractile.

En 1952 : syndrome douloureux de l'hypocondre droit, jamais d'ictère. Mai 1955 : radio des voies biliaires (D^r Leconte) : vésicule bourrée de calculs, cholédoque invisible.

Intervention le 6 juin 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholécotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 15^e jour.

N° 43. — C... Suzanne, 70 ans. (D^r de Alberti.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Depuis 1920 : coliques hépatiques. Le 1^{er} juin 1955, après absorption d'œuf : crises douloureuses violentes, avec température à 39°. Antibiotiques amènent la chute de la température. A l'examen : grosse vésicule.

Intervention le 22 juin 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 17^e jour.

N^o 44. — C... Valérie, 76 ans. (D^{rs} Villain et Audoly.)

Lithiase cholédocienne. Oddite scléreuse.

Depuis 6 mois, syndrome d'ictère douloureux fébrile, artérioscléreux. Cœur sénile en arythmie. Mauvais état général.

Intervention le 27 juin 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Sphinctérotomie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites : le 3^e jour : tableau d'occlusion intestinale, avec hémorragie par le drain et la plaie opératoire. Défaillance cardiaque, le 8^e jour : DÉCÉDÉE.

N^o 45. — G... Ernest, 68 ans. (D^r Anzani.)

Lithiase cholédocienne et fistule cholécystoduodénale.

Depuis 1941, crises douloureuses de l'hypocondre droit, se répétant de plus en plus violemment, jusqu'à l'époque opératoire. Radio des voies biliaires (30 décembre 1954 : D^r Barriéra) : vésicule exclue, calculs dans le cholédoque, empilés les uns sur les autres.

Intervention le 6 juillet 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Cure de la fistule duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 17^e jour.

N^o 46. — L... Lucien, 33 ans. (D^r Ruas.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

En 1950 : crises douloureuses épigastriques avec vomissements. En janvier 1955 : crises violentes avec subictère. Début juin 1955, nouvelles crises douloureuses, avec température à 40°. A maigri de 10 kg. depuis 1950.

Intervention le 25 juillet 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 8^e jour.

N^o 47. — C... Suzanne, 65 ans. (D^r Crabouillet.)

Lithiase cholédocienne.

Depuis 1930 : douleurs sourdes fréquentes de l'hypocondre droit et du creux épigastrique. En avril 1955, ictère fébrile, radio des voies biliaires début 1955 (D^r Girard) : vésicule exclue, calculs dans le cholédoque.

Intervention, le 28 juillet 1955. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Papilloplastie trans-duodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 18^e jour.

N° 48. — F... Jeanne, 66 ans. (Dr Luigi.)

Lithiase cholédocienne.

Depuis 1930, coliques hépatiques une à deux fois par an. Début juillet 1955, crises plus violentes, suivies d'ictère progressif.

Intervention le 30 juillet 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

N° 49. — M... Jean, 73 ans. (Dr Simon.)

Fistule cholécystoduodénale.

En 1951 : crises douloureuses très violentes de l'hypocondre droit. Depuis, crises de même type très atténuées. Radio des voies biliaires en juin 1955 (Dr Duranceau) : injection barytée des voies biliaires.

Intervention le 8 août 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cure de la fistule duodénale. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 16^e jour.

N° 50. — B... Thaddée, 50 ans. (Dr Nicolay.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

En 1927 : début des troubles par cholécystite aiguë, nécessitant l'hospitalisation. En 1928, de nouvelles crises, plus ictère. En avril 1955, troubles dyspeptiques vagues, radio des voies biliaires : lithiase vésiculaire, cholédoque invisible.

Intervention le 2 novembre 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 9^e jour.

N° 51. — V... Marie, 57 ans. (Dr Rosner.)

Lithiase vésiculaire et papillite sténosante.

En 1951 : coliques hépatiques typiques, répétées deux à trois fois par an. Entre à l'hôpital en novembre 1955, avec ictère type rétention peu intense, qui ne cède pas au traitement médical. Radio : lithiase vésiculaire, cholédoque invisible.

Intervention le 16 décembre 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 30^e jour.

N° 52. — C... Berthe, 54 ans. (Dr Broutin.)

Fistule cholécystoduodénale.

En 1950 : début des crises douloureuses. 1952 : rejette dans les selles un calcul du volume d'un œuf de pigeon. En septembre 1955 : crises douloureuses deviennent bihebdomadaires, avec selles décolorées. Radio (Dr Levert) : voies biliaires injectées d'air, amaigrissement important depuis deux mois.

Intervention le 23 décembre 1955. (Dr Barraya.)

Cholécystectomie. Cure de la fistule duodénale. Cholangiographie. Cholécotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

N^o 53. — G... Dina, 52 ans. (D^r Monti.)

Lithiase cholédocienne.

A 12 ans, crises douloureuses de l'hypocondre droit, se répétant en 1934, en 1935, en 1950, 51, 52. En janvier 1955, crises plus violentes, avec ictère fébrile. Radio (D^r Barriéra) le 22 février 1955 : image aérique des voies biliaires. Avant l'intervention pas d'ictère, mais douleurs en permanence.

Intervention le 5 janvier 1956. (D^r Barraya.)

Cholangiographie par la vésicule. Cholécotomie. Cholécystectomie. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 16^e jour.

N^o 54. — C... Alice, 64 ans. (D^r Warnecke.)

Lithiase cholédocienne.

Depuis 1930 : crises douloureuses épigastriques. A partir de 1950, crises se renouvellent à peu près chaque mois. Radio (D^r Girard) : calcul unique de la vésicule, cholédoque invisible.

Obèse, tabétique, morphinomane avérée. ECG : bloc de branches gauche.

Intervention le 2 février 1956.

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholécotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites : le 2^e jour, chute brutale de la tension artérielle. Collapsus. Syndrome abdominal bâlard. Le 3^e jour, hyperthermie à 41°. DÉCÉDÉE.

N^o 55. — G... Françoise, 47 ans. (D^r Bus.)

Oddite sténosante.

En 1954 : début des troubles à type de crises douloureuses de l'hypocondre droit, se renouvelant irrégulièrement. En avril 1955, nouvelles crises suivies d'ictère type rétention, pendant 25 jours. En juin 1955, nouvelles crises douloureuses avec ictère. A son entrée à l'hôpital, fin janvier 1956, malade subictérique.

Intervention le 7 février 1956. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie (vésicule scléroatrophique). Cholangiographie transcystique et exploration du cholédoque. Papilloplastie transduodénale. D. C. A. de voisinage.

Suites simples. Sortie le 11^e jour.

N^o 56. — R... Baptiste, 53 ans. (D^r Barret.)

Lithiase vésiculaire.

En 1952 : troubles dyspeptiques vagues. En janvier 1956 : douleurs subintrantes de l'hypocondre droit.

Intervention le 7 février 1956. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie (calculs). Par le cystique : exploration radiologique et instrumentale du cholédoque. Papilloplastie transduodénale. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 12^e jour.

N° 57. — M... Jeanne, 46 ans. (D^r de Chanaleilles.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Syndrome d'ictère douloureux fébrile, apparu un mois auparavant.

Intervention le 29 février 1956. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

N° 58. — B... Marie, 62 ans. (D^r de Chanaleilles.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Depuis 1934 : crises douloureuses de l'hypocondre droit avec diarrhées. Depuis quelques mois, douleurs peu intenses mais continues. Maigrit. Pas d'ictère. Janvier 1956 : radio (D^r Révillon) : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté.

Intervention le 29 février 1956. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie ; par le cystique dilaté : cholangiographie et ablation des calculs du cholédoque. Papilloplastie transduodénale. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 13^e jour.

N° 59. — M... Rose, 50 ans. (D^r Rosner.)

Lithiase cholédocienne.

Long passé douloureux. Au moment de l'intervention, état de mal paroxystique, selles décolorées, température 38° depuis une semaine.

Intervention le 12 mars 1956. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 11^e jour.

N° 60. — J... Robert, 46 ans.

Lithiase vésiculaire et papillite sténosante.

En janvier 1956 : crises douloureuses de l'hypocondre droit avec subictère et selles décolorées pendant quelques jours.

Intervention le 16 mars 1956. (D^r Barraya.)

Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 20^e jour.

N° 61. — S... Michel, 73 ans. (D^r Fornari.)

Lithiase cholédocienne.

En 1934 : cholécystectomie en Italie. Depuis, crises douloureuses de l'hypocondre droit, avec nausées et vertiges, revenant tous les deux à trois mois. Le 24 février 1955, radio : image coralliforme au contact du duodénum.

Intervention le 3 avril 1956. (D^r Barraya.)

Cholangiographie. Cholédocotomie. Papilloplastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 25^e jour.

N° 62. — G... Jean, 44 ans. (D^r Faraud.)

Ictère par rétention, papillite rétractile.

En 1952 : intervention pour syndrome douloureux épigastrique : estomac et voies biliaires normaux. Fin mars 1956 : crises douloureuses de l'hypocondre droit, accompagnées d'ictère type rétention.

Intervention le 6 avril 1956. (D^r Barraya.)

Vésicule normale. Cholangiographie par la vésicule. Important reflux dans le Wirsung, le passage intraduodénal se fait mal. Etant donné l'ictère par rétention et les images cholangiographiques, on décide la papilloblastie transduodénale. La papille est repérée par la « manœuvre de l'air ». Duodénotomie, cathétérisme rétrograde du cholédoque, papilloblastie. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sorti le 16^e jour.

N° 63. — P... Marguerite, 62 ans. (D^r de Chanaleilles.)

Lithiase cholédocienne.

En janvier 1956 : douleurs épigastriques à type de spasme accompagnées de vomissements, de température à 38-39° et de selles décolorées sans ictère. A maigri de 15 kg. depuis 2 mois.

Intervention le 10 avril 1956. (D^r Barraya.)

Cholécysectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Papilloblastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque.

Suites normales. Sortie le 10^e jour.

N° 64. — C... Emile, 61 ans. (D^r Gauthier.)

Cholécytite chronique et oddite scléreuse.

En mai 1956 : ictère progressif avec selles décolorées, urine foncée, sans température. Radio le 7 juin 1956 (D^r Girard) : présence de concrétions dans la région vésiculaire à droite de L1.

Intervention le 11 mai 1956. (D^r Barraya.)

Cholécysectomie. Cholangiographie : pas de calculs visibles, mais passage duodénal gêné. Cholédotomie. Papilloblastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites : écoulement de bile entre 100 et 300 cm³ par jour. Abdomen non météorisé. Ecoulement se tarit 8 jours après. Sorti apyrétique le 35^e jour.

N° 65. — B... Marie-Charlotte, 53 ans. (D^{rs} Girard et Rosanoff.)

Lithiase vésiculaire et cholédocienne.

Paludéenne. Début mai 1956 : syndrome de cholécystite aiguë. Le 5 mai 1956, radio (D^r Girard) : vésicule bourrée de calculs. Présence de calculs dans le cholédoque.

Intervention le 16 mai 1956. (D^r Barraya.)

Vésicule atrophique, calculs. Cholécystectomie. Cholangiographie. Cholédotomie. Ablation des calculs. Papilloblastie transduodénale. Suture primitive du cholédoque. D. C. A. de voisinage.

Suites normales. Sortie le 18^e jour.

CONCLUSION

Comme nous l'avons indiqué, le but de cette thèse a été d'exposer la technique suivie dans une série homogène de chirurgie primitive du cholédoque. La fermeture primitive a nettement pris le pas sur les autres tactiques que nous avons employées, et qui ont fait l'objet d'autres études de notre part. Plus que d'une technique, il s'agit là de l'accumulation d'un grand nombre de manœuvres de détail qui en fait, divisent l'opération en deux actes :

— Le 1^{er} acte, c'est l'exploration qui devient, de plus en plus, une longue expérience où la recherche de l'anatomie précise des voies biliaires et l'étude de leur physiologie, viennent compléter les données pré-opératoires et permettre au chirurgien de conclure à un plan d'action.

— Le 2^e acte, c'est l'exécution de ce plan, et là nous retrouvons la nécessité de savoir adapter la précision des instruments et des gestes que demande la manipulation d'un organe aussi délicat que le cholédoque et son appareil sphinctérien.

A envisager les choses dans leur ensemble, nous désirons attirer l'attention :

1° Sur la nécessité d'une voie d'abord suffisante (para-médiane droite) et d'une mobilisation large du duodénopancréas poursuivie jusqu'à la ligne médiane.

2° La nécessité d'adjoindre à l'arsenal classique des instruments plus fins et mieux adaptés.

3° Tout doit être fait pour une exploration bien plus complète encore ; l'exploration instrumentale devant avoir le dernier mot dans bien des cas, et ceci d'autant plus que la chirurgie primitive la débarrasse de son principal inconvénient : le drainage biliaire externe. Cette exploration peut être menée par le cystique

s'il est large (6 cas), par la papille, si cela est possible (un cas) (peut-être est-ce là une technique d'avenir), par cholédocotomie presque toujours (58 cas).

4° A partir de ce moment, c'est la fermeture du cholédoque qui doit retenir toute l'attention. Le cholédoque est un vaisseau. Il doit être incisé, manipulé, exploré, refermé comme tel, avec des instruments de chirurgie vasculaire. On peut même dire que sa suture doit être plus minutieuse que celle d'un vaisseau, car, là, si le sang vient coaguler ou obstruer les interstices entre les points de suture, la bile ne saurait le faire.

Ainsi, par l'accumulation de perfectionnements purement matériels que la technique nous permet d'apporter à l'heure actuelle, la chirurgie du cholédoque par première intention, devient de plus en plus fréquente et nous laisse libres de nous tourner vers les autres problèmes si complexes que les voies biliaires nous offrent encore.

BIBLIOGRAPHIE

- H. AYARI et J. CAROLI (Paris). — Avenir de la cholédocolithiase opérée (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. 44, n^{os} 7-8, juillet-août 1955).
- H. AYARI et J. CAROLI (Paris). — La récurrence lithiasique cholédocienne et les empièvements calculeux du cholédoque (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. 44, n^o 6, juin 1955).
- S. AVAKIAN, S.-E. TRINCA, J.-C. BERNARDON et R. BARBON. — Indications de la papillotomie interne ou sphinctérotomie transcholédocienne (*Revista brasileira de gastro-antropologia*, vol. 2, n^o 6, novembre-décembre 1950, p. 571-575).
- Journal de Chirurgie*, tome 67, n^o 10, octobre 1951, p. 752.
- L. BARRAYA et D. MINICONI. — Fermeture primitive du cholédoque, et drainage capillaire aspiré (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, t. 80, n^o 23, 24 juillet 1954, p. 652, 2 fig.).
- L. BARRAYA, D. MINICONI et J.-D. OUSTRIC. — La fermeture primitive : chirurgie habituelle du cholédoque (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. 44, n^o 2, février 1955).
- L. BARRAYA (Nice). — Drainage capillaire aspiré. Incidences techniques. Quatre observations : fistule hépato-bronchique, abcès du foie, kyste suppuré de la rate, péritonite post-opératoire. (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, n^{os} 25-26, 1951, p. 807).
- A.-J. BENGOLEA et C.-V. SUAREZ (Buenos Aires). — Vingt-deux ans de chirurgie biliaire à l'hôpital de Rivadavia (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. 72, 20 octobre 1946, p. 466).
- F. BERNHARD. — Au sujet de l'expérience de 1.000 cholécotomies, entre les années 1895 et 1932, et leurs résultats éloignés (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. 246, fasc. 1-2, décembre 1935. *Journal de Chirurgie*, septembre 1936, t. 48, p. 428-429).
- P. BROQ, F. POILLEUX et A. COHEN-BOULAKIA. — La lithiase cholédocienne. Résultats opératoires (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 11 mars 1953, p. 251).
- J. CAROLI. — Maladies des voies biliaires (*Coll. médico-chirurgicale Flammarion*).
- J. CAROLI, J.-P. PORCHER, M^{me} E. GILLES, J. LEDOUX-CHARPENTIER. — La place de l'angiocholégaphie intraveineuse dans le diagnostic des affections de la voie biliaire principale (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. 43, n^o 3, mars 1954, p. 285 à 304, 12 fig.).
- R.-B. CATELL. — Un nouveau type de tube en T pour la chirurgie des voies biliaires (*The Labey clinic bulletin*, reprint from the January 1946, 5 fig.).
- R.-B. CATELL et WARREN. — *Surgery of pancreas*, 1953.
- M. CHAMPEAU et P. PINEAU. — Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson. Masson et C^{ie}, éditeurs.

- CLAVEL. — Cholédocotomie idéale (*Lyon-Chirurgical*, 1941-42, p. 371).
- E. DELANNOY. — Lithiase et mode de traitement de la voie biliaire principale (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. 72, 13 février 1946, p. 83-84).
- W.-G. DIFFENBAUGH et E. LEE STROHL (Chicago). — Exploration du cholédoque pour lithiase (*The surgical clinics of North America*, Febr. 1955, vol. 35, n° 1, p. 119-127, 4 fig.).
- L.-R. DRAGSTEDT et Ed.-R. WOODWARD (Chicago). — Réfection transduodénale de la voie biliaire principale (Reprint of *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Jan. 52, vol. 94, p. 53-56).
- L.-W. EDWARDS et J. LYNWOOD, HERRINGTON Jr (Nashville, Tennessee). — Closure of the common bile duct following its exploration (*Annals of surgery*, Febr. 1953, vol. 137, n° 3, p. 189-194, 3 fig.).
- Jean FABRE. — Aspiration continue en chirurgie. Avantages. Indications (Thèse, Marseille 1950).
- R. FAUVERT. — La valeur des méthodes biologiques modernes dans le diagnostic des ictères par rétention (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. 36, n°s 7-8, juillet-août 1947, p. 322-333).
- J.-P. FIGUERAS, V. ARTIGAS et A. LLAURADO (Barcelone). — Aspects cliniques de la stase biliaire (III^e Congrès national de chirurgie, Grenade, septembre 1953, p. 131).
- H. FRUCHAUD (Alep). — Chirurgie directe du bas cholédoque (*Presse médicale*, 1^{er} octobre 1955, p. 1279).
- JOAQUIN GARCIA et MORAN (Oviedo). — La papillostomie transduodénale comme traitement de quelques obstructions du cholédoque distal (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, avril 1956, p. 455-461, 2 fig.).
- J. GOSSET (Paris). — Le drainage biliaire après cholédocotomie, selon le procédé de Volker, modifié (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. 73, année 1947, octobre, p. 551-560).
- R. GOTTLOB et T. GILLY (Vienne). — Sur les calculs restant dans le cholédoque (*Analyse de journal de chirurgie*, t. 70, n°s 6-7, juin-juillet 1954, p. 538 (de *Wiener Klinische Wochenschrift*)).
- J. HEPP. — A propos du traitement chirurgical de la lithiase cholédocienne (*M.A.C.*, 11 mars 1953, p. 255).
- J. HEPP et R. ALLUAUME. — Vingt-huit observations d'opérations festauratrices pour fistule ou sténose biliaire après cholécystectomie (*M.A.C.*, 2 mars 1955, p. 275, t. 81, n°s 8-9).
- HESSE. — Fermeture du cholédoque sans drainage (*Brun's Beitr. Z. Klin. Chir.* 1924, t. 132, fasc. 3, p. 607).
- HOMERO COSCO MONTALDO (Montevideo). — Chirurgie du cholédoque : étude dynamique et fonctionnelle du sphincter d'Oddi (*Arch. uruguayos de Medicina y especialidades*, M.A.C., t. 70, n°s 8-9, septembre 1954, p. 649).
- A. LASALA (Buenos Aires). — Lithiase de l'hépto-cholédoque. Tactique chirurgicale pour l'extraction des calculs enclavés dans le cholédoque terminal et dans l'ampoule de Vater (*Revista brasileira de cirurgia*, 24 octobre 1952. *Anal. Journal de Chirurgie*, t. 70, n° 2, février 1954, p. 182-183).
- E. LAMY et H. SARLES. — Lithiase biliaire et oddite (*Marseille-Chirurgical*, Ann. 7, n° 2, mars-avril 1955, p. 127-136).

- L. LEGER et F. LANGE. — L'abord transduodénopapillaire du cholédoque (*Presse Médicale*, 12 décembre 1953, n° 80, p. 1647, 4 fig.).
- P. MALLET GUY et M. GANGOLPHE (Lyon). — La cholédocotomie idéale, sous contrôle manométrique et radiographique post-opératoire (*Lyon-Chirurgical*, t. 46, n° 1, janvier 1951, p. 52-72, 7 fig.).
- P. MALLET GUY, R. FERT, J. CHEVALIER et THONG TCHI. — Etude expérimentale des conditions techniques de l'exploration manométrique et radiologique per-opératoire des voies biliaires (*Lyon-Chirurgical*, t. 46, n° 6, août-septembre 1951, p. 667-684).
- P. MALET GUY et M. GANGOLPHE. — Les indications respectives de diverses interventions dans la lithiase cholédocienne, d'après 100 cas opérés en deux ans (*M. A. C.*, 14 janvier 1953, t. 79, p. 61).
- P. MALLET GUY. — Lithiase et modes de drainage de la voie biliaire principale, à propos des communications de MM. B. Desplas et J. Gosset (*M. A. C.*, t. 72, 27 mars 1946, p. 183-185).
- P. MALLET GUY, M. GANGOLPHE, Ismaïl KAYBALT. — Modalités évolutives des cholécystites aiguës, lithiasiques, sous l'effet des antibiotiques (*M. A. C.*, 26 janvier 1955, t. 81, nos 4-5, p. 129-134).
- P. MALLET GUY. — La place de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase cholédocienne (*M. A. C.* 1943, nos 20 et 21, p. 335-338).
- P. MALLET GUY et H. BEZES. — Réintervention pour « récidence » après cholécystectomie. Technique et résultats (*Lyon-Chirurgical*, t. 44, n° 4, juillet-août 1949, p. 419-434, 8 fig.).
- P. MALLET GUY. — Sur la cholédocotomie idéale (*M. A. C.*, t. 74, janvier 1948, nos 1-2, p. 33 à 35).
- P. MALLET GUY et J. SAUTOT. — Suture primitive du cholédoque sous contrôle manométrique et radiologique per-opératoire (*Lyon-Chirurgical*, t. 43, n° 2, mars-avril 1948, p. 240-247).
- P.-L. MIRIZZI (Cordoba, Argentine). — Remarques sur la cholangiographie opératoire, associée à quelques procédés accessoires (*M. A. C.*, 31 mai 1950, t. 76, p. 592-595).
- P.-L. MIRIZZI. — La contraction du canal hépatique (*M. A. C.*, t. 77, juin 1951, p. 532-538, 5 fig.).
- P.-L. MIRIZZI. — La cholédoco-duodénostomie transduodénale supérieure. A propos de ses indications exceptionnelles et de sa technique opératoire (*M. A. C.*, t. 81, nos 8-9, p. 264-266, 2 fig.).
- P.-L. MIRIZZI. — La lithiase de la voie biliaire principale (à propos de 520 cas sous le contrôle de la cholangiographie opératoire). (*M. A. C.*, t. 81, nos 27-28, octobre-novembre 1955, p. 834-842, 2 fig.).
- D.-J. PRESTON (Wilmington, Delaware). — Transduodenal-ampullodenostomy for treatment of common bile duct obstructions without a T tube drain (*S. G. O.*, Apr. 1955, vol. 100, n° 4, 1 fig.).
- J. QUENU. — Opérations sur le foie et les voies biliaires (*Traité de technique chirurgicale*, t. 5, Masson et C^{ie} édit.).
- J.-T. REYNOLDS et B. GRAY LARY (Chicago). — Les indications, hasards et contre-indications de la sphinctérotomie d'Oddi (*The Surgical Clinics of North America*, vol. 35, Febr. 1955, n° 1, p. 129-149, 8 fig.).

- RIO BRANCO. — Anatomie et médecine opératoire du tronc cœliaque et en particulier de l'artère hépatique.
- RODNEY MAINGOT (Londres). — Surgery of bile duct (*Year book of General Surgery*, 1952, p. 250).
- G. ROUX et H. BAUMEL (Montpellier). — Les indications chirurgicales dans le traitement de la lithiase vésiculaire (*Arch. des maladies de l'appareil digestif*, Journées méridionales de gastro-entérologie, Marseille, 7-8 mai 1955).
- M. ROUX (Paris). — Diagnostic et orientations thérapeutiques actuelles de la lithiase de la voie biliaire principale (*Presse médicale*, 1951, t. 59, n° 43, p. 897-898).
- M. ROUX, C. DUBOST, R. AUROUSSEAU. — La place de la cholodoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase du cholédoque (*Journal de Chirurgie*, t. 70, n° 2, Febr. 1954, p. 122-139, 6 fig.).
- M. ROUX, LE CANUET, Ch. DEBRAY. — Technique d'exploration radiomannométrique des voies biliaires (*M. A. C.*, t. 77, mai 1951, p. 583-585).
- J. SENEQUE, M. ROUX, M. NICOL. — A propos de cinquante observations de lithiases de la voie biliaire principale. Réflexions cliniques et thérapeutiques (*Journal de Chirurgie*, t. 67, n°s 6-7, p. 469-484).
- J. SENEQUE. — A propos de la cholangiographie per-opératoire (*M. A. C.*, t. 75, n°s 21-22, 1949, p. 541-542).
- J. SENEQUE. — Les indications opératoires dans la lithiase du cholédoque (*M. A. C.*, 11 mars 1953, p. 259).
- J. SENEQUE, M. ROUX et LE CANUET. — Technique d'exploration radiomannométrique per-opératoire des voies biliaires (*Journal de Chirurgie*, t. 65, n°s 4-5, 1949, p. 211 à 217, 3 fig.).
- R. SOUPAULT et J. LEBRUN. — Thèse, Paris 1954. Les écueils du drainage cholédocien externe.
- R. SOUPAULT. — Etude sur la septicté de la bile au cours des interventions sur l'hépatocolédoque (*M. A. C.*, t. 81, n° 21, 22 juin 1954, p. 610-615).
- R. SOUPAULT et M. CHAMPEAU. — Les indications opératoires dans la lithiase cholédocienne (*M. A. C.*, 11 mars 1953, p. 247-251, t. 79).
- R. SOUPAULT. — Suture primitive du cholédoque sous drainage temporaire, par sonde gastro-duodénocholédocienne (*M. A. C.*, 9 février 1955, t. 81, n°s 6-7, p. 207-214).
- F. STARLINGER (Vienne). — A propos de la cholodécoduodénostomie (*Wiener Clinisch Wochenschrift. Anal. Journal de Chirurgie*, t. 70, n°s 6-7, p. 539).
- R. DE VERNEJOUL. — Fistule de la voie biliaire principale après cholécystectomie (*M. A. C.*, t. 72, 22 mai 1946, p. 270-274).
- MELL B. WELBORN (Evansville, Indiana). — Exploration supra- et transduodénale du cholédoque (Reprint from the *American Surgeon*, vol. 17, n° 10, octobre 1951, p. 901-908).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
--------------------	----

AVANT-PROPOS	15
--------------------	----

TECHNIQUE GÉNÉRALE :

L'anesthésie	21
--------------------	----

Le matériel	22
-------------------	----

Le malade	26
-----------------	----

Les exécutants	26
----------------------	----

L'opération proprement dite	26
-----------------------------------	----

Tactique post-opératoire	38
--------------------------------	----

OBSERVATIONS	39
--------------------	----

CONCLUSION	55
------------------	----

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 11 juillet 1956.

Le Professeur,
G. Roux.

Vu :

Montpellier, le 12 juillet 1956.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 12 juillet 1956.

Le Recteur,
P. GUILLON.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées com-
me propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni
improbation.

